



NuevoHospital
versión digital
ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com



Volumen III - Nº 3 - Año 2003
Nº edición: 47
Publicado el 20 de FEBRERO de 2003
Página 1 de 1

Vol. III - Nº 3 - Año 2003

NuevoHospital versión

digital

Atención Especializada

Plan anual de Gestión 2003

Complejo Hospitalario de Zamora

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

Con el Plan de Gestión 2003 iniciamos un proyecto de mejora continua para los próximos 3 años.

Se pretende con ello dar continuidad a los esfuerzos de los hospitales, y evitar que deba repetirse en su integridad el proceso negociador dentro de la organización.

Se trata en consecuencia de conseguir, a través del Plan de Gestión, un nivel exigible de calidad a todos los Centros en el año 2005.

Ello no impide un desarrollo más ambicioso de cada Hospital, en función de su situación de partida, del impulso que logre dar y de la capacidad de canalizar adecuadamente los conocimientos y las actitudes de sus profesionales.

ESTRUCTURA

La estructura del Plan de Gestión 2003 es la siguiente:

Primer bloque

Contiene los objetivos cuyo inicio y fin se circunscribe al año 2003.

Está constituido por:

- Estructura:
 - estructura física
 - equipamiento
 - especialidades médicas
 - cartera de servicios
 - estructura relacionada con la docencia pre y postgraduada
- Objetivos de actividad:
 - área de hospitalización
 - área quirúrgica
 - área de urgencias
 - área ambulatoria
 - demoras
 - prescripción y gasto farmacéutico: dispensación ambulatoria
- Financiación

Segundo bloque

Contiene objetivos cuyo logro se plantea para los años 2003, 2004 y 2005.

La estructura de este segundo bloque es la siguiente:

- Se concretan una serie de líneas estratégicas.
- Cada una de ellas está integrada por una serie de procesos.
- Cada proceso, a su vez, está integrado por una serie de objetivos.
- Cada objetivo se describe a través de una serie de niveles de creciente dificultad. Además estos niveles progresivos se estructuran con la metodología del ciclo de mejora continua de la calidad, que caracteriza en consecuencia a todo el Plan de Gestión.

Las líneas estratégicas son:

1. Despliegue del Plan de Gestión
2. Orientación al usuario
3. Gestión del capital humano
4. Utilización correcta de los recursos
5. Farmacia

6. Estructura y herramientas de mejora de calidad

- 7. Sistemas de información
 - 8. Coordinación entre Atención Primaria / Atención Especializada / Servicios Sociales
 - 9. Salud laboral
 - 10. Servicio de urgencias
 - 11. Estrategia regional contra el cáncer
 - 12. Asistencia psiquiátrica
 - 13. Analgesia epidural en el parto
 - 14. Hipoacusia infantil
- De ellas se derivan un total de 190 objetivos.

MÉTODO

Respecto del primer bloque, cada Hospital cerrará un acuerdo con la Gerencia Regional, tras el proceso negociador.

Para el segundo bloque, desde la Gerencia Regional se fijarán -para cada objetivo- los niveles mínimos a conseguir en 2003.

Cada Hospital puede, por encima de esos mínimos, elevar sus aspiraciones, teniendo en cuenta que en todos los casos se optará por mejorar la situación de partida de cada Centro. La meta al final del periodo es que todos los Hospitales cumplan el 100% del Plan de Mejora.

Se trata en consecuencia de establecer, a través del Plan de Gestión, el nivel exigible a todos los Centros en el año 2005, si bien dicho nivel podrá ser superado -y lo será seguramente- en función de la dinámica de gestión de cada Hospital.

ACREDITACIÓN DEL LOGRO

Primer bloque (Objetivos correspondientes al ejercicio 2003):

La acreditación se realizará a través de la información de los correspondientes ficheros, SIAE y CMBD.

Segundo bloque (Objetivos correspondientes al período 2003-2005):

Para cada nivel de un objetivo, quedan establecidos los criterios de valoración, es decir, el modo en que el Hospital debe acreditar su logro.

Dado el carácter progresivo de los niveles que integran un objetivo, en la inmensa mayoría de ellos sólo será preciso acreditar el nivel más alto conseguido (se especifica al pie de cada objetivo).

VALORACIÓN

Primer bloque (Objetivos correspondientes al ejercicio 2003):

a) Objetivos asistenciales:

En aquellos objetivos (no son todos) a los que se les ha asignado un valor, se podrá alcanzar:

- o Logro excelente:

Cuando se cumpla o se supere la cifra señalada en la columna "objetivo 2003".

La puntuación obtenida será la señalada en la columna "valor".

- Logro adecuado (no siempre se contempla este nivel intermedio):
Cuando hay incumplimiento del logro excelente, hasta un 5%, de la cifra señalada en la columna “objetivo 2003”.
La puntuación obtenida será el 95% del valor del logro excelente.
 - Logro insuficiente:
Cuando hay un incumplimiento del logro excelente, por encima de un 5%, de la cifra señalada en la columna “objetivo 2003”.
La puntuación obtenida será 0.
- b) Objetivos de financiación:
- Logro excelente:
Cuando se cumpla el presupuesto de gastos asignado, sin desviación alguna.
La puntuación obtenida será de 2.000 puntos (sobre los 10.000 con los que está valorado globalmente el Plan Anual de Gestión).
 - Logro adecuado:
Cuando se cumpla el presupuesto de gastos asignado, con una desviación inferior al 0,5%.
La puntuación obtenida será de 1.000 puntos (sobre los 10.000 con los que está valorado globalmente el Plan Anual de Gestión).
 - Logro insuficiente:
Cuando se cumpla el presupuesto de gastos asignado, con una desviación igual o superior al 0,5%.
La puntuación obtenida será 0.

Segundo bloque (Objetivos correspondientes al periodo 2003-2005):
Cada nivel de un objetivo tiene asignado un valor.

La puntuación global lograda por el Hospital vendrá determinada por:

1. Los objetivos alcanzados:
Se asignarán al Hospital los puntos correspondientes a los objetivos logrados, con el límite máximo de la puntuación a la que se aspira en el Plan Anual de Gestión 2003.
2. La desviación entre objetivos pactados y objetivos finalmente logrados:
 - a) Si los objetivos cumplidos son inferiores a los pactados, el 50% de la puntuación correspondiente al incumplimiento se minorará de la obtenida en el apartado 1.
 - b) Si los objetivos cumplidos son superiores a los pactados, el 50% de la puntuación correspondiente al exceso se añadirá a la obtenida en el apartado 1.
3. La mejora alcanzada sea cual sea el resultado conseguido:
El 10% de la puntuación correspondiente a la diferencia entre la situación de partida y la realmente lograda se sumará a la obtenida en el apartado 1.

OBJETIVOS CORRESPONDIENTES AL PERIODO 2003-2005

Nº DE FICHA
(HOJA DEL LIBRO
EXCEL)

PÁGINA EN EL
DOCUMENTO
ESCRITO

I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN

1. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS PARA EL EJERCICIO

- | | | | |
|-----|---|---|----|
| 1.1 | El Hospital garantiza la participación ordenada en la elaboración y evaluación del Plan de Gestión. | 1 | 49 |
|-----|---|---|----|

II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

- | | | | |
|-----|---|---|----|
| 1.1 | El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial. | 2 | 51 |
| 1.2 | El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre su funcionamiento. | 3 | 52 |
| 1.3 | El Hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado. | 4 | 54 |
| 1.4 | El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente. | 5 | 55 |

2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 2.1 | El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios, respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización. | 6 | 56 |
| 2.2 | El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria. | 7 | 57 |
| 2.3 | El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en el área de Urgencias. | 8 | 58 |
| 2.4 | El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios. | 9 | 59 |
| 2.5 | El Hospital establece un plan de mejora del confort para la estancia de pacientes y | 10 | 60 |
| 2.6 | El Hospital establece un plan de seguridad para la estancia de pacientes y allegados. | 11 | 61 |
| 2.7 | El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro. | 12 | 62 |

3. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL USUARIO

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 3.1 | El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de la confidencialidad de sus datos. | 13 | 63 |
|-----|--|----|----|

4. INTIMIDAD DEL USUARIO

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 4.1 | El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...). | 14 | 64 |
|-----|---|----|----|

5. VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 5.1 | El Hospital gestiona las visitas y acompañamiento de pacientes ingresados. | 15 | 65 |
| 5.2 | El Hospital gestiona el acompañamiento a las mujeres que dan a luz en el Hospital. | 16 | 66 |
| 5.3 | El Hospital gestiona el acompañamiento a los niños hospitalizados. | 17 | 67 |

6. CONFORT, HOSTELERÍA Y ACCESIBILIDAD FÍSICA

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 6.1 | El Hospital elabora la dieta del paciente atendiendo a sus necesidades y preferencias. | 18 | 68 |
| 6.2 | El Hospital favorece la accesibilidad a sus instalaciones y profesionales. | 19 | 69 |

7. EFECTOS Y ACCESORIOS DE ASEO PERSONAL

7.1	El Hospital proporciona efectos y accesorios de aseo personal a los pacientes ingresados.	20	70
-----	---	----	----

8. RECONOCIMIENTO DE LA MATERNIDAD

8.1	El Hospital felicita a la parturienta.	21	71
-----	--	----	----

9. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA

9.1	El Hospital mejora la accesibilidad organizativa a las consultas externas y pruebas diagnósticas.	22	72
9.2	El Hospital avanza en el desarrollo de las consultas de alta resolución.	23	73
9.3	El Hospital avanza en la ampliación horaria de la oferta de servicios.	24	74

III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

1. ATENCIÓN AL TRABAJADOR

1.1	El Hospital desarrolla programas de atención a sus trabajadores.	25	75
-----	--	----	----

2. PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO

2.1	El Hospital hace sistemática la acogida de los nuevos trabajadores.	26	76
-----	---	----	----

3. FORMACIÓN

3.1	El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: detección de necesidades.	27	77
3.2	El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: priorización de las necesidades detectadas.	28	78
3.3	El Hospital planifica las actividades formativas: estructura física y equipamiento.	29	79
3.4	El Hospital planifica las actividades formativas: recursos humanos.	30	80
3.5	El Hospital planifica las actividades formativas: programación de las actividades formativas.	31	81
3.6	El Hospital aprueba y divulga el programa anual de formación.	32	82
3.7	El Hospital garantiza la accesibilidad al programa de formación.	33	83
3.8	El Hospital da apoyo logístico a la actividad formativa.	34	84
3.9	El Hospital evalúa las actividades formativas.	35	85
3.10	El Hospital reconoce las actividades formativas.	36	86

4. PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA

4.1	El Hospital gestiona la comunicación interna.	37	87
-----	---	----	----

5. ACTIVIDADES EXTRALABORALES

5.1	El Hospital potencia la implicación y motivación de sus profesionales.	38	88
-----	--	----	----

IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

1. EL HOSPITAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD, Y GARANTIZA EL

1.1	El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios.	39	89
1.2	El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.	40	90

1.3	El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todos los servicios y unidades de apoyo a la asistencia.	41	92
2. ADECUACIÓN DE LAS AGENDAS DE CITACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS			
2.1	El Hospital optimiza su oferta en consultas externas.	42	93
3. GESTIÓN DE CAMAS			
3.1	El Hospital garantiza la adecuación de las estancias.	43	94
3.2	El Hospital aborda las situaciones de máxima ocupación de sus camas.	44	95
3.3	El Hospital adecua las estancias preoperatorias de ingresos programados, a los protocolos o guías de los procesos quirúrgicos que requieren procedimientos o técnicas previas a la intervención quirúrgica.	45	96
3.4	El Hospital reduce el porcentaje de pacientes que reingresan con el mismo diagnóstico en menos de 30 días del alta anterior.	46	97
3.5	El Hospital reduce las estancias de los 5 GRD de mayor impacto negativo en su estancia media.	47	98
4. ADECUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA			
4.1	El Hospital optimiza su oferta en intervenciones quirúrgicas.	48	99
5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO			
5.1	El Hospital gestiona la terapia respiratoria a domicilio.	49	100
5.2	El Hospital gestiona la actividad quirúrgica realizada en Centros concertados.	50	102
5.3	El Hospital gestiona la hemodiálisis realizada en Centros concertados.	51	103
5.4	El Hospital gestiona el transporte sanitario.	52	104
6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS			
6.1	El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.	53	105
6.2	El Hospital normaliza el proceso de enfermería.	54	106
6.3	El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación surgidas de la evidencia de la práctica y el consenso de los profesionales.	55	107
6.4	El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.	56	109
6.5	El Hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	57	110
6.6	El Hospital realiza la adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.	58	111
6.7	El Hospital aplica criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.	59	112
6.8	El Hospital garantiza una gestión eficiente de las propuestas de pago.	60	114
6.9	El Hospital realiza una gestión correcta de los mantenimientos correctivos.	61	115
6.10	preventivos.	62	116
6.11	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.	63	117
6.12	El Hospital diseña e implanta un plan de seguimiento del equipamiento médico.	64	119
7. GESTIÓN DE LAS INVERSIONES			
7.1	El Hospital prioriza y racionaliza las inversiones hospitalarias.	65	120
8. GESTIÓN ECONÓMICA			

8.1	El Hospital elabora una proyección anual de su evolución económica-financiera.	66	122
8.2	El Hospital planifica la política de adquisición de los suministros, la realización de obras y la contratación de servicios.	67	124
8.3.	El Hospital se impone el cumplimiento de plazos en la tramitación y adjudicación de los contratos de capítulo II y capítulo VI.	68	125
8.4.	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los suministros generales (electricidad, gasoil, gases combustibles, gases medicinales, agua...).	69	126
8.5	Gestión de stocks en unidades de consumo, adecuándolos a la demanda y minimizándolos.	70	127
8.6	El Hospital con un coste de UCH superior a la media del grupo, aplica un plan de ajuste financiero.	71	128

V. FARMACIA

1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

1.1	El Hospital incluye nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica, y garantiza que estos cumplen unos requisitos mínimos de eficacia, seguridad, calidad y coste.	72	129
1.2	El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre su personal sanitario.	73	130
1.3	El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre el personal sanitario del hospital, para su apoyo en la prescripción.	74	131
1.4	decisiones en el momento de la prescripción de sus facultativos, que debe actualizarse	75	132
1.5	El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con el VIH+.	76	133
1.6	El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con un proceso determinado por el propio Centro.	77	134
1.7	El Hospital hace el seguimiento de las actividades de información, docencia e investigación promovidas por la industria farmacéutica.	78	135

2. DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

2.1	El Hospital dispone de un sistema de garantía de calidad del sistema de dispensación y distribución de medicamentos en dosis unitaria.	79	136
-----	--	----	-----

3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

3.1	El Hospital disminuye la incidencia de acontecimientos adversos relacionados con la medicación -a través de la disminución de errores de medicación- relacionados con la prescripción, elaboración, dispensación y/o administración de medicamentos a través de la orden médica.	80	137
3.2	El Hospital promueve un uso racional de los medicamentos en pacientes externos y realiza un seguimiento clínico de los tratamientos farmacológicos dispensados. Con ello mejora la información y el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento.	81	138
3.3	El Hospital promueve la integración del farmacéutico en los equipos asistenciales de hospitalización, con la finalidad de crear de equipos multidisciplinares que colaboren en	82	139
3.4	El Hospital desarrolla un sistema eficaz de comunicación y difusión a sus profesionales de la información recibida sobre alertas de medicamentos o productos sanitarios.	83	140

4. COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

4.1	El Hospital fomenta la prescripción de fármacos genéricos a través de receta y difunde información actualizada al respecto entre los facultativos prescriptores.	84	141
-----	--	----	-----

4.2	El Hospital, en colaboración con las estructuras de AP, fomenta la prescripción por principio activo en los informes de alta, urgencias y consultas externas, y difunde la información entre sus facultativos prescriptores.	85	142
-----	--	----	-----

5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA

5.1	El Hospital informa de los datos de actividad económica sobre adquisiciones de	86	143
5.2	El Hospital obtiene datos económicos sobre consumos de medicamentos por paciente.	87	145
5.3	El Hospital proporciona información estructurada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre el gasto farmacéutico en pacientes hospitalizados, pacientes ambulantes y externos.	88	146
5.4	El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.	89	147
5.5	El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico a través de receta por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.	90	148

VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. UNIDAD DE CALIDAD

1.1	El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral.	91	149
1.2	El Hospital estructura una Unidad de Calidad Suficiente.	92	150
1.3	La Unidad de Calidad funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.	93	151

2. COMISIONES CLÍNICAS

2.1	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.	94	152
2.2	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.	95	154
2.3	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.	96	156
2.4	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.	97	158
2.5	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.	98	160

3. COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

3.1	Integración del funcionamiento de las Comisiones Clínicas.	99	162
-----	--	----	-----

4. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

4.1	El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.	100	163
4.2	El Comité de Ética Asistencial tiene una dotación de recursos suficiente.	101	164
4.3	El Comité de Ética Asistencial funciona a través de una dirección por objetivos y elabora anualmente su memoria de actividades.	102	165

5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

5.1	El Hospital dispone de un sistema de alerta.	103	166
5.2	El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.	104	167
5.3	El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.	105	168
5.4	El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.	106	169

5.5	El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.	107	170
-----	---	-----	-----

6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y

6.1	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.	108	171
6.2	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.	109	172
6.3	El Hospital gestiona la eliminación de residuos.	110	173
6.4	El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.	111	174
6.5	El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.	112	175
6.6	El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.	113	176
6.7	El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.	114	177

7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal

7.1	El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.	115	178
7.2	El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.	116	179
7.3	El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.	117	180

8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

8.1	El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.	118	181
8.2	El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.	119	182
8.3	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.	120	183
8.4	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.	121	184
8.5	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.	122	185
8.6	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.	123	186
8.7	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.	124	187
8.8	El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.	125	188

VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS

1.1	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día.	126	189
1.2	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del SIAE.	127	190
1.3	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera quirúrgica.	128	191
1.4	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.	129	192

2. CALIDAD DE LOS DATOS

2.1	El Hospital mejora la calidad de los datos del CMBD.	130	193
2.2	El Hospital mejora la calidad de los datos del SIAE.	131	195
2.3	El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera quirúrgica.	132	196

2.4	El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.	133	197
-----	---	-----	-----

3. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

3.1	El Hospital establece un CMBD de urgencias hospitalarias.	134	198
3.2	El Hospital establece un CMBD de consultas externas.	135	199

VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS

1.1	El Hospital ajusta el número de consultas externas y pruebas diagnósticas ofertadas, de acuerdo con la demanda prevista.	136	200
1.2	El Hospital traslada la citación de pacientes, en consultas externas y pruebas diagnósticas primeras a las que Atención Primaria tiene acceso directo, a los Centros de Salud (salvo las interconsultas entre especialistas, o las primeras consultas derivadas directamente desde una atención en el Servicio de Urgencias a la consulta del especialista).	137	201
1.3	El Hospital adopta, en consenso con Atención Primaria, pautas que sistematizan la actividad asistencial en consultas externas y pruebas diagnósticas.	138	202
1.4	El Hospital concreta con Atención Primaria, a través de la Comisión Paritaria, el Plan de Formación y apoyo a la cirugía menor resuelta por Atención Primaria.	139	203
1.5	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: solicitud de interconsulta desde Atención Primaria.	140	204
1.6	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: comunicación previa al alta.	141	205
1.7	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: alta.	142	206
1.8	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en el Servicio de Urgencias.	143	207
1.9	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria sin utilizar al usuario como mediador.	144	209
1.10	El Hospital desplaza especialistas a los Centros de Salud.	145	210

2. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS -TRAS EL ALTA HOSPITALARIA- ENTRE

2.1	El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras el alta.	146	211
-----	--	-----	-----

3. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA

3.1	El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras la cirugía ambulatoria realizada en el Hospital.	147	212
-----	--	-----	-----

4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIO SANITARIA

4.1	El Hospital dispone de una Unidad de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS) para el abordaje integral y precoz de los pacientes con necesidades sociosanitarias, la adecuada gestión de casos y la continuidad de cuidados con Atención Primaria y los Servicios Sociales.	148	213
4.2	El Hospital actúa sobre los pacientes con alta frecuentación en consultas externas hospitalarias (primeras y sucesivas).	149	215
4.3	El Hospital actúa sobre los pacientes con reiterados procesos de hospitalización.	150	216
4.4	El Hospital actúa sobre los pacientes con reiteradas asistencias en el Servicio de Urgencias.	151	217

5. EL HOSPITAL AVANZA EN LA INTERRELACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

5.1	El Hospital establece foros de encuentro e interrelación con los profesionales de Atención Primaria	152	218
-----	---	-----	-----

IX. SALUD LABORAL

1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

1.1	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, identifica y evalúa los factores de riesgo.	153	219
1.2	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan para la vigilancia y control de sus trabajadores.	154	220
1.3	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo actuaciones específicas sanitarias para sus trabajadores.	155	221
1.4	El Servicio de Prevención elabora la Memoria Anual de sus actividades.	156	223

X. SERVICIOS DE URGENCIAS

1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

1.1	El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.	157	224
-----	---	-----	-----

2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES

2.1	El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.	158	226
-----	--	-----	-----

3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

3.1	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos.	159	227
3.2	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.	160	229

4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD

4.1	El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.	161	230
-----	---	-----	-----

XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

1. GUÍAS CLÍNICAS

1.1	Mejora en la asistencia del cáncer del pulmón.	162	231
1.2	Mejora en la asistencia del cáncer de mama.	163	232
1.3	Mejora en la asistencia del cáncer de piel.	164	233
1.4	Mejora en la asistencia del cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).	165	234
1.5	Mejora en la asistencia del cáncer de cérvix uterino.	166	235
1.6	Mejora en la asistencia del cáncer de próstata.	167	236
1.7	Mejora en la asistencia del cáncer hematológico.	168	237
1.8	Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.	169	238
1.9	Consejo genético en cáncer de mama y ovario.	170	239
1.10	Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.	171	240

2. ACCESIBILIDAD

2.1	Reducción de los tiempos de espera para el diagnóstico de sospecha de cáncer y tratamiento oportuno.	172	241
-----	--	-----	-----

XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

1.1	Programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.	173	242
1.2	Programa de prevención de trastornos de ansiedad y depresión.	174	243
1.3	Programa de prevención de la conducta suicida.	175	244
1.4	Programa de prevención del deterioro cognitivo y pérdida de memoria.	176	245
1.5	Programa de prevención del alcoholismo.	177	246
1.6	Programa de prevención específico a iniciativa del propio Hospital, en consenso con Atención Primaria.	178	247
1.7	Participación en programas experimentales o de investigación-acción.	179	248

2. CARTERA DE SERVICIOS

2.1	Atención psiquiátrica infanto-juvenil.	180	249
2.2	Dispositivos intermedios de asistencia psiquiátrica.	181	250
2.3	Desplazamiento de especialistas de salud mental a Centros de Salud.	182	251

3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

3.1	Continuidad de cuidados de la enfermedad mental grave y prolongada.	183	252
-----	---	-----	-----

4. SALUD MENTAL COMUNITARIA

4.1	Coordinación con Atención Primaria.	184	253
4.2	Atención psicogerétrica.	185	254

5. CALIDAD

5.1	Impulso a la calidad en la asistencia psiquiátrica.	186	255
-----	---	-----	-----

6. FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

6.1	Integración funcional de la salud mental del Área.	187	256
6.2	Asistencia psiquiátrica urgente.	188	257

XIII. ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

1. APLICACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

1.1	El Hospital aplica la analgesia epidural en el parto, en el 100% de las gestantes susceptibles de recibirla.	189	258
-----	--	-----	-----

XIV. HIPOACUSIA INFANTIL

1. DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA

1.1	El Hospital implanta el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.	190	260
-----	---	-----	-----

LÍNEA ESTRATÉGICA I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN

PROCESO 1. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS PARA EL EJERCICIO

OBJETIVO 1.1 El Hospital garantiza la participación ordenada en la elaboración y evaluación del Plan de Gestión.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Equipo Directivo establece, lidera y desarrolla:</p> <p>La composición de los órganos de negociación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comisiones de Objetivos: serán los órganos de negociación para establecer el programa conjunto de objetivos, de -al menos- las especialidades médicas y unidades de enfermería - Mandos intermedios: serán los órganos de negociación para establecer el programa de objetivos de las unidades no asistenciales (salvo que se hubiesen incluido en las Comisiones de Objetivos) - Unidad de Calidad - Unidad de Docencia y Formación Continuada - Comisiones Clínicas - Comisión Central de Garantía de Calidad - Institutos, Unidades de Gestión Clínica... <p>La metodología de negociación que, en líneas generales, contemplará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - distribución amplia y explicada de: <ul style="list-style-type: none"> · los criterios institucionales: presupuestarios, de actividad, de demoras, de calidad, de formación... · el documento que soporta el Plan de Gestión completo (esta distribución llegará -como mínimo- a todos los órganos de negociación) - las acciones a desarrollar por cada órgano de negociación, en un proceso ascendente de elaboración del Plan de Gestión. - el calendario de dichas actuaciones, coherente con la planificación de la Gerencia Regional de Salud 		X	50	Informe firmado por el Gerente del Hospital, en el que se detalla todo el proceso.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1 (Continuación)	<p>El resultado final del proceso negociador: documento firmado de compromiso correspondiente a todos los Servicios / Unidades / Comisiones del Hospital (con identificación de un responsable para cada objetivo). (Este resultado final, con las correcciones que sean precisas durante el proceso negociador, será el resultado del acuerdo entre el Hospital, la Gerencia de Salud de Área y la Gerencia Regional de Salud).</p> <p>El proceso de seguimiento, evaluación y aplicación de medidas correctoras a lo largo del ejercicio: - indicadores - metodología de evaluación - calendario</p> <p>En las Comisiones de Objetivos (en las que participan distintas profesiones), la metodología permitirá una evaluación compartida de los objetivos, diferenciando no obstante a la hora de su valoración la distinta capacidad de influencia de cada profesión en cada uno de ellos.</p> <p>La oportuna comunicación de todo el proceso a los órganos de representación de usuarios y trabajadores, medios de comunicación social...</p>				
NIVEL 2	El Hospital evalúa mensualmente la evolución de los acontecimientos, y adopta las medidas correctoras precisas para salvar la diferencia entre lo previsto y lo realizado.		X	70	Informe firmado por el Gerente del Hospital.
NIVEL 3	El Hospital evalúa al finalizar cada trimestre la evolución de los acontecimientos, las desviaciones no corregidas, sus causas y las decisiones precisas a la luz de la información. Este planteamiento -una vez compartido por la Gerencia de Salud de Área- será comunicado a la Gerencia Regional de Salud a través del correspondiente informe.		X	80	Remisión de informes en la primera quincena de: - Abril 2003 - Julio 2003 - Octubre 2003 - Enero 2004

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

OBJETIVO 1.1 El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>Todos los servicios clínicos susceptibles de aportar información a pacientes y familiares o allegados tienen elaborado un Plan de Información.</p> <p>Contemplará como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - destinatarios - médico y enfermera responsables - horario y lugares de información - pautas de información ante problemas específicos - información básica necesaria para garantizar la continuidad asistencial <p>El Plan estará informado por el Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad.</p>		X	6	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de información - Actas del Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y de la Comisión Central de Garantía de Calidad, en las que conste la información y aprobación
NIVEL 2	<p>El Hospital aplica el Plan de Información a través de todos los servicios clínicos susceptibles de aportar información a pacientes y familiares o allegados, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	12	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el proceso de aplicación - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			12	<p>Informe firmado por el Gerente, en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

OBJETIVO 1.2 El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre su funcionamiento.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital ha definido los contenidos del manual de acogida e información al usuario, en su versión general y en cuantas versiones específicas precise, respecto a los servicios con funcionamiento diferenciado.</p> <p>Se ajustará al artículo 12.2 de la Ley 41/2002 y contemplará como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relación de dependencias y servicios. - descripción de los principales procesos: ingreso, atención urgente, consultas externas, alta... - recomendaciones durante la estancia en el Hospital - horario de visitas - sistemática de la información a los usuarios - teléfonos de contacto - información general: donación de sangre, donación de órganos, procedimiento para canalizar reclamaciones y sugerencias... - Carta de derechos y deberes <p>El manual de acogida estará informado por el Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad.</p>		X	4	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manual de acogida - actas del Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y de la Comisión Central de Garantía de Calidad, en las que conste la información y aprobación correspondientes
NIVEL 2	<p>El Hospital ha definido el procedimiento que garantiza la entrega del manual de acogida en el 100% de los ingresos. De igual modo, distribuye el manual progresivamente a los pacientes ambulatorios.</p>		X	8	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedimiento que regula la entrega
NIVEL 3	<p>El Hospital ha distribuido el manual de acogida en más del 90% de los ingresos.</p>			10	Auditoría externa

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	El Hospital ha analizado lo opinión de los usuarios con relación a los contenidos, el procedimiento de entrega y el grado de distribución del manual de acogida, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el método de conocimiento de la opinión de los usuarios - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 5	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

OBJETIVO 1.3 El Hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Todos los servicios clínicos tienen elaborada la relación de procesos subsidiarios de documento de consentimiento informado.		X	4	Documentos: - relación de procesos
NIVEL 2	Los servicios clínicos elaboran los documentos de consentimiento informado de forma progresiva, hasta alcanzar el 100% de los precisos. Los documentos estarán informados por el Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y aprobados por la Comisión Clínica correspondiente. Se adaptarán a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo o del Convenio de Oviedo.		%	12	Documentos: - documentos de consentimiento informado, elaborados - actas del Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y de la Comisión Clínica correspondiente en las que conste la información y aprobación
NIVEL 3	El Hospital analiza el grado de implantación de los documentos de consentimiento informado, y verifica la identificación del médico y del paciente. En consecuencia, obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	9	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			9	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

OBJETIVO 1.4 El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Carta de derechos y deberes del paciente está visible en lugares de fácil acceso para los usuarios, además de formar parte del manual de acogida.		X	15	Informe firmado por el Gerente en el que detalla las ubicaciones de la carta de derechos y deberes del paciente.
NIVEL 2	El Hospital diseña y desarrolla programas de sensibilización e información en relación con los derechos y deberes del paciente, dirigidos a todos los profesionales del Centro.			15	Informe firmado por el Gerente en el que detalla los programas desarrollados.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.1 El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios, respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital tiene implantada la encuesta de posthospitalización SERVQHOS, y la aplica según los criterios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo de estudio: transversal mediante encuesta anónima - periodo: dos veces al año - población y muestra: número total de altas del periodo de estudio, exceptuando éxitus, cuidados intensivos, reanimación y pediatría. Tamaño muestral definido en las instrucciones generales - procedimiento: a través de correo asegurando la confidencialidad, y con los gastos por cuenta del Centro 		X	8	Informe firmado por el Gerente en el que explica la implantación de la encuesta.
NIVEL 2	El Hospital analiza los resultados de la encuesta y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			14	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.2 El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene elaborada una encuesta específica para recoger la opinión de los usuarios, respecto de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria. Ha definido -igualmente- una metodología para su aplicación.		X	15	Documentos: - encuesta - metodología
NIVEL 2	El Hospital aplica dicha encuesta, siguiendo la metodología establecida.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifica: - el proceso de aplicación
NIVEL 3	El Hospital analiza los resultados de la encuesta y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.3 El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en el área de Urgencias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene elaborada una encuesta específica para recoger la opinión de los usuarios respecto de los servicios recibidos en el área de urgencias. Ha definido -igualmente- una metodología para su aplicación.		X	15	Documentos: - encuesta - metodología
NIVEL 2	El Hospital aplica dicha encuesta siguiendo la metodología establecida.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifica: - el proceso de aplicación
NIVEL 3	El Hospital analiza los resultados de la encuesta y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.4 El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital -a través del S.A.U.- pone a disposición de los usuarios los formularios normalizados para la canalización de reclamaciones y sugerencias.		X	5	Auditoría externa
NIVEL 2	El Hospital -a través del S.A.U.- ha establecido el procedimiento interno para dar respuesta a las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, ajustándose a los parámetros normativos establecidos al respecto.		X	5	Documentos: - procedimiento
NIVEL 3	El Hospital analiza las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.5 El Hospital establece un plan de mejora del confort para la estancia de pacientes y allegados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital ha elaborado un plan de mejora del confort y habitabilidad orientado al paciente y allegados. Contemplará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adecuación del mobiliario: habitaciones, salas de espera... - televisión y teléfono en las habitaciones - aseos de uso exclusivo para acompañantes - puntos para el suministro de bebidas - suministro de prensa y revistas - salas de juego infantiles - habitaciones individuales - ... 		X	20	Documentos: - plan de mejora del confort
NIVEL 2	El Hospital implanta de forma progresiva el plan de mejora del confort y habitabilidad.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - medidas implantadas

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.6 El Hospital establece un plan de seguridad para la estancia de pacientes y allegados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital diseña un plan para garantizar la seguridad de los pacientes más vulnerables, y define las responsabilidades de los profesionales. El plan está orientado a niños, ancianos, discapacitados, encamados, personas con trastornos mentales...		X	20	Documentos: - plan de seguridad
NIVEL 2	El Hospital implanta de forma progresiva el plan de seguridad.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - medidas implantadas

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.7 El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora un Plan de Emergencias y Evacuación, con todas su fases.		X	5	Documentos: - Plan de Emergencias y Evacuación
NIVEL 2	El Hospital implanta dicho Plan: - divulgación a todo el personal - formación específica a los equipos de intervención.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las actuaciones divulgativas - las actuaciones formativas
NIVEL 3	El Hospital desarrolla simulacros y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el los simulacros desarrollados y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			7	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 3. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL USUARIO

OBJETIVO 3.1 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de la confidencialidad de sus datos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital analiza su situación, en relación con las exigencias reguladas por la Ley: - circuitos de documentación clínica y datos sensibles - accesibilidad a las bases de datos y archivos documentales - etc. y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 2	El Hospital diseña y desarrolla programas de sensibilización e información, en relación con la confidencialidad de datos, dirigidos a todos los profesionales del Centro.		X	17	Informe firmado por el Gerente en el que se detallan los programas desarrollados.
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			15	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 4. INTIMIDAD DEL USUARIO

OBJETIVO 4.1 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...).

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Las habitaciones, salas de observación, salas de exploración... contarán con medidas de separación (cortinas, mamparas...).		X	13	Informe firmado por el Gerente en el que se especifica: - medidas de separación instaladas
NIVEL 2	El Hospital dispone de normas escritas que orientan al conjunto de los profesionales a comportarse de modo respetuoso con la necesidad de intimidad del paciente. Dichas normas contemplarán -además- el comportamiento mínimo exigible a otros pacientes, familiares o allegados.		X	13	Documentos: - normas
NIVEL 3	El Hospital tiene establecidos los criterios para asignar habitación individual a aquellos pacientes que por su estado clínico y/o emocional necesitan un aislamiento específico.		X	14	Documentos: - criterios

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS

OBJETIVO 5.1 El Hospital gestiona las visitas y acompañamiento de pacientes ingresados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital ha elaborado e implantado una norma que regula las visitas y acompañamiento de pacientes ingresados, cuya finalidad es compatibilizar una adecuada prestación de la asistencia con el bienestar de los pacientes. Se facilitará el acompañamiento siempre que éste no sea descartable por motivos clínicos.		X	3	Documentos: - Norma
NIVEL 2	El Hospital analiza los resultados de la aplicación de la referida norma y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			7	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS

OBJETIVO 5.2 El Hospital gestiona el acompañamiento a las mujeres que dan a luz en el Hospital.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital ha definido y aplicado un procedimiento que establece la oferta para el acompañamiento durante la dilatación y el parto, así como las excepciones que lo desaconsejan.		X	3	Documentos: - procedimiento
NIVEL 2	El Hospital analiza los resultados de la aplicación del procedimiento y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			7	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS

OBJETIVO 5.3 El Hospital gestiona el acompañamiento a los niños hospitalizados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital ha definido y aplicado un procedimiento que establece la oferta para el acompañamiento de los niños hospitalizados, así como las excepciones que lo desaconsejan.		X	3	Documentos: - procedimiento
NIVEL 2	El Hospital analiza los resultados de la aplicación del procedimiento y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			7	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 6. CONFORT, HOSTELERÍA Y ACCESIBILIDAD FÍSICA

OBJETIVO 6.1 El Hospital elabora la dieta del paciente atendiendo a sus necesidades y preferencias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene elaborado el catálogo de dietas.		X	3	Informe firmado por el Gerente.
NIVEL 2	El Hospital establece y respeta el horario de comidas.		X	3	Informe firmado por el Gerente.
NIVEL 3	El Hospital presenta la comida en bandeja individual, personalizada y en óptimas condiciones térmicas.		X	3	Informe firmado por el Gerente.
NIVEL 4	El Hospital contempla en su catálogo de dietas, menús adaptados a los niños.		X	3	Informe firmado por el Gerente.
NIVEL 5	El Hospital oferta menú opcional en la dieta basal.			3	Informe firmado por el Gerente.
NIVEL 6	El Hospital analiza y evalúa el grado de aceptación de la comida que sirve, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora)			7	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 7	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 6. CONFORT, HOSTELERÍA Y ACCESIBILIDAD FÍSICA

OBJETIVO 6.2 El Hospital favorece la accesibilidad a sus instalaciones y profesionales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital analiza la señalización y accesibilidad física a sus instalaciones y profesionales, teniendo como referencia a los usuarios más vulnerables (discapacidad sensorial, cognitiva, intelectual, ancianos, inmigrantes...) y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	15	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 2	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas: - eliminación de barreras arquitectónicas - directorios con los nombres de los especialistas y supervisiones de enfermería - etc.			15	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 7. EFECTOS Y ACCESORIOS DE ASEO PERSONAL

OBJETIVO 7.1 El Hospital proporciona efectos y accesorios de aseo personal a los pacientes ingresados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital entrega en el momento del ingreso una bolsa de aseo al 100% de los pacientes, diferenciando: - niños - adultos			10	Adjuntar un modelo

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 8. RECONOCIMIENTO DE LA MATERNIDAD

OBJETIVO 8.1 El Hospital felicita a la parturienta.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	En partos y nacimientos, el Hospital felicita a la parturienta y le entrega un detalle simbólico.			10	Informe del Gerente que detalle en qué consiste

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 9. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA

OBJETIVO 9.1 El Hospital mejora la accesibilidad organizativa a las consultas externas y pruebas diagnósticas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene activas todas las agendas, sin límite temporal. No existen pacientes pendientes de cita.		X	15	Informe explicativo firmado por el Gerente
NIVEL 2	El Hospital minimiza las reprogramaciones. Ante la necesidad de reprogramar al paciente, se le garantizará una fecha incluida en la semana anterior o posterior a la de la fecha inicial. El paciente recibirá notificación de su nueva cita, al menos una semana antes de la nueva fecha.		X	17	Auditoría externa
NIVEL 3	El Hospital diseña y aplica un sistema mediante el cual reduce progresivamente las consultas sucesivas derivadas de programas de cribaje poblacional. Así pues, envía -mediante carta personalizada y firmada por el facultativo correspondiente- los resultados de los programas de cribaje cuando estos sean normales.		X	17	Documentos: - sistema Auditoría externa

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 9. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA

OBJETIVO 9.2 El Hospital avanza en el desarrollo de las consultas de alta resolución.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital ha diseñado un plan para avanzar en la oferta de consultas de alta resolución. Contemplará, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procesos susceptibles de alta resolución por cada especialidad médica - reestructuración de agendas precisas - captura de datos diferenciados. - oferta coordinada con Atención Primaria - coordinación con los servicios centrales (Rx, Laboratorio...) 		X	22	Documentos: - plan
NIVEL 2	El Hospital implanta de forma progresiva ese plan, hasta hacerlo en su totalidad.		X	23	Auditoría externa

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 9. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA

OBJETIVO 9.3 El Hospital avanza en la ampliación horaria de la oferta de servicios.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital ha diseñado un plan para avanzar en la oferta de actividad programada en la jornada de tarde.		X	20	Documentos: - plan
NIVEL 2	El Hospital implanta de forma progresiva ese plan, hasta hacerlo en su totalidad.			20	Auditoría externa

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 1. ATENCIÓN AL TRABAJADOR

OBJETIVO 1.1 El Hospital desarrolla programas de atención a sus trabajadores.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital diseña un programa de atención al trabajador, para el que concreta los recursos y organización que le dan sustento.		X	30	Documentos: - programa de atención al trabajador
NIVEL 2	El Hospital aplica el programa diseñado de atención al trabajador.			20	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 3	El Hospital evalúa el grado de satisfacción derivado de la aplicación del programa de atención al trabajador, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 2. PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO

OBJETIVO 2.1 El Hospital hace sistemática la acogida de los nuevos trabajadores.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital diseña un plan de acogida dirigido al personal de nuevo ingreso, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - información general del Centro - información general y específica del servicio / unidad de trabajo - funciones a desarrollar en el servicio / unidad de trabajo - principales normas y protocolos relacionados con las funciones que habrá que desarrollar <p>Este objetivo, de forma progresiva, se extenderá al 100% de los puestos de nuevo ingreso.</p>		X	25	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plan de acogida
NIVEL 2	<p>El Hospital aplica el Plan de Acogida, de forma progresiva, hasta alcanzar el 100% de las nuevas incorporaciones.</p>		X	25	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el proceso de aplicación
NIVEL 3	<p>El Hospital evalúa los resultados de la aplicación del Plan de Acogida (conocimiento de la opinión del nuevo trabajador y de la de los compañeros de servicio / unidad), y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			10	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			10	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.1 El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: detección de necesidades.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital tiene definido un método para identificar las necesidades formativas, que al menos contempla algunos de los métodos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informadores clave - grupo nominal - comisiones y grupos de mejora - mandos intermedios - encuesta - resultados de evaluación del Programa Anual de Gestión - indicadores de Cartera de Servicios - etc. 		X	12	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - método de identificación de las necesidades formativas
NIVEL 2	<p>El Hospital aplica, en la elaboración del programa de formación anual, el método definido, utilizando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informadores clave - grupo nominal - comisiones y grupos de mejora - mandos intermedios 			8	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memoria
NIVEL 3	<p>El Hospital aplica, en la elaboración del programa de formación anual, el método definido, utilizando además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - encuesta - resultados de evaluación del Programa Anual de Gestión - indicadores de Cartera de Servicios 			7	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memoria

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.2 El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: priorización de las necesidades detectadas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital tiene definido un modelo que le permite priorizar racionalmente las necesidades formativas detectadas, que al menos contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trascendencia de la carencia formativa (gravedad) - concordancia con objetivos institucionales - repercusión social del problema susceptible de mejora a través de formación - extensión <ul style="list-style-type: none"> - número de categorías afectadas - número de profesionales afectados -vulnerabilidad <ul style="list-style-type: none"> - incidencia de la actividad formativa sobre los problemas existentes o sobre las necesidades detectadas - incidencia de la actividad formativa sobre nuevas incorporaciones tecnológicas - incidencia de la actividad formativa sobre nuevas prestaciones - coste de la actividad formativa / beneficios - ampliación (en contenidos) de actividades formativas de ejercicios anteriores - otro método de priorización definido en la bibliografía 		X	9	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelo de priorización
NIVEL 2	<p>El Hospital aplica, en la elaboración del programa de formación anual, el modelo de priorización definido, contemplando todos los elementos que lo integran.</p>			9	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memoria

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.3 El Hospital planifica las actividades formativas: estructura física y equipamiento.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital tiene identificados, en localización y señalización, unos espacios destinados a la gestión y realización de las actividades formativas como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aula/as de formación - biblioteca - espacios para la gestión y administración de las actividades formativas 		X	9	Auditoría externa
NIVEL 2	<p>El Hospital dota a estos espacios de mobiliario funcional y versátil, así como de equipamiento adecuado a las funciones formativas, de gestión y administración, entre las que se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medios audiovisuales e informáticos adecuados - acceso a biblioteca on-line y a los repertorios bibliográficos de uso más común - acceso a un aula de informática 			9	Auditoría externa

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.4 El Hospital planifica las actividades formativas: recursos humanos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital cuenta con el nombramiento de todos los profesionales responsables de formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordinadores de formación continuada: médico, de enfermería y del área de gestión - jefe de estudios - presidente de la comisión de docencia - nombramiento de los MIR de las distintas especialidades acreditadas 		X	9	Auditoría externa
NIVEL 2	<p>El Hospital da respuesta a las necesidades de planificación y de gestión de la formación, y dispone para ello de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordinadores de formación con total o parcial dedicación a la docencia - personal administrativo con un plan de trabajo regular que garantice las labores administrativas derivadas de la gestión de formación 			9	Auditoría externa

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.5 El Hospital planifica las actividades formativas: programación de las actividades formativas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital tiene definida una metodología de programación de las actividades formativas que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - justificación - objetivos de la actividad - personal al que va dirigido - contenidos - criterios de organización (metodología docente...) - presupuesto - procedimiento de evaluación: estructura, proceso, resultados y satisfacción 		X	10	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - metodología de programación
NIVEL 2	El Hospital aplica la metodología de programación de las actividades formativas contemplando todos los elementos señalados.			9	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memoria
NIVEL 3	El Hospital acredita sus actividades formativas en porcentaje creciente.			9	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informe de acreditación

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.6 El Hospital aprueba y divulga el programa anual de formación.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital cuenta con un programa de formación anual aprobado por: - la Comisión de Dirección y de Formación Continuada del Hospital - la Dirección General de Recursos Humanos		X	9	Documentos: - acta de la Comisión de Dirección
NIVEL 2	El Hospital presenta formalmente el programa de formación anual mediante los actos precisos para llegar a toda la plantilla del centro.		X	9	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las actuaciones de presentación
NIVEL 3	El Hospital tiene definida y aplica la metodología para la divulgación del contenido del programa de formación, entre los que se incluye: - puntos de información - responsables de formación - folletos divulgativos			9	Auditoría externa
NIVEL 4	El Hospital aplica la metodología para la divulgación del contenido del programa de formación contemplando todos los elementos que la integran, incluidos los mecanismos de transmisión al colectivo social: - documento de distribución universal del contenido del programa - información on-line			9	Documentos divulgativos Página web

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.7 El Hospital garantiza la accesibilidad al programa de formación.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene descritos los criterios y circuitos que regulan el acceso del trabajador a las actividades formativas del programa de formación anual, entre los que se incluyen: - relación de la actividad con su puesto de trabajo - participación del profesional en actividades anteriores - mecanismos de inscripción		X	10	Documentación: - criterios y circuitos
NIVEL 2	El Hospital aplica los criterios y circuitos que regulan el acceso del trabajador a las actividades formativas del programa de formación anual.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la aplicación de criterios y circuitos

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.8 El Hospital da apoyo logístico a la actividad formativa.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene descritas las responsabilidades relacionadas con la ejecución de las actividades formativas: - preparación y reserva del local - disponibilidad de uso de medios audiovisuales - disponibilidad de programas de mano y documentación relacionada - identificación de ponentes - encuesta de valoración - etc		X	9	Documentos. - descripción de responsabilidades
NIVEL 2	El Hospital aplica la distribución de responsabilidades relacionadas con la ejecución de las actividades formativas.			8	Auditoría externa

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.9 El Hospital evalúa las actividades formativas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene descrito un modelo de evaluación de las actividades formativas que desarrolla: - indicadores de cobertura - indicadores de proceso - indicadores de resultado - indicadores de satisfacción		X	9	Documentos: - modelo de evaluación
NIVEL 2	El Hospital aplica, en la evaluación de sus actividades formativas, indicadores de cobertura y proceso.			9	Documentos: - memoria
NIVEL 3	El Hospital aplica, en la evaluación de sus actividades formativas, indicadores de cobertura y proceso e incluye evaluación de la satisfacción.			8	Documentos: - memoria
NIVEL 4	El Hospital aplica, en la evaluación de sus actividades formativas, indicadores de cobertura y proceso, evaluación de la satisfacción e indicadores de resultados.			8	Documentos: - memoria

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 3. FORMACIÓN

OBJETIVO 3.10 El Hospital reconoce las actividades formativas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital dispone y aplica un sistema de reconocimiento de las actividades formativas desarrolladas por cada trabajador.</p> <p>- diploma personalizado de asistencia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - denominación del curso - carga lectiva (horas) - fechas de celebración - relación de contenidos - firma del Gerente y Unidad de Formación Continuada 		X	9	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistema de reconocimiento
NIVEL 2	<p>El Hospital define un sistema para valorar la actividad formativa en los procesos de movilidad interna, a través de los correspondientes acuerdos con la representación sindical de los trabajadores.</p>			13	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procesos afectados por los méritos formativos
NIVEL 3	<p>El Hospital aplica un sistema de valoración de la actividad formativa en los procesos de movilidad y promoción interna.</p>			12	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procesos afectados por los méritos formativos

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 4. PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA

OBJETIVO 4.1 El Hospital gestiona la comunicación interna.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital diseña un plan de comunicación interna que garantiza la suficiente comunicación descendente, horizontal y ascendente. Para todas ellas se identifican los instrumentos (memorias, manuales, reuniones, tabloneros de anuncios, página web...), su sistemática de utilización y los responsables de la misma. Los mandos del Hospital deben entender la comunicación como una de sus principales funciones.		X	50	Documentos: - plan de comunicación interna
NIVEL 2	El Hospital aplica el plan de comunicación interna.		X	50	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 3	El Hospital evalúa los resultados de la aplicación del plan de comunicación interna y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			25	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			25	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO

PROCESO 5. ACTIVIDADES EXTRALABORALES

OBJETIVO 5.1 El Hospital potencia la implicación y motivación de sus profesionales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital programa y desarrolla actividades extralaborales (deportivas, culturales...), dirigidas a fomentar la implicación de los profesionales con la organización.		X	20	Documentos: - programa de actividades extralaborales
NIVEL 2	El Hospital evalúa el grado de satisfacción derivado de las actividades extralaborales desarrolladas, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			20	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			20	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 1. EL HOSPITAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD, Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

OBJETIVO 1.1 El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios médicos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital define, implanta y mantiene actualizados los planes de trabajo para sus servicios médicos, de forma progresiva, hasta alcanzar al 100% del colectivo profesional.</p> <p>Dichos planes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se plasmarán por escrito - incluirán todas las actividades, de todos los integrantes del servicio, a lo largo de toda la jornada laboral. 		X	30	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planes de trabajo definidos según metodología de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 1. EL HOSPITAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD, Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

OBJETIVO 1.2 El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora e implanta progresivamente el manual de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería. Este manual está consensuado y es compatible y coherente con los planes de trabajo de los servicios médicos que prestan asistencia en la correspondiente unidad.		X	12	Documentos: - manual de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería
NIVEL 2	El Hospital elabora e implanta el cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad.		X	12	Documentos: - cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad
NIVEL 3	El Hospital analiza y evalúa el grado de eficacia del manual de organización y funcionamiento de las unidades de enfermería y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - análisis realizado y conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital analiza y evalúa el grado de eficacia y satisfacción derivados del cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - análisis realizado y conclusiones obtenidas

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 5	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables
NIVEL 6	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 1. EL HOSPITAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD, Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

OBJETIVO 1.3 El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todos los servicios y unidades de apoyo a la asistencia.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora e implanta progresivamente el manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.		X	12	Documentos: - manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia
NIVEL 2	El Hospital analiza y evalúa el grado de eficacia del manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	12	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - análisis realizado y conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.			8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 2. ADECUACIÓN DE LAS AGENDAS DE CITACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS

OBJETIVO 2.1 El Hospital optimiza su oferta en consultas externas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Para la consecución de los objetivos de demora, el Hospital ajusta la oferta a la demanda real, dentro del margen de maniobra que le permite el plan de trabajo de cada especialidad.		X	30	Informe firmado por el Gerente que recoja las decisiones adoptadas o la innecesariedad de su adopción.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. GESTIÓN DE CAMAS

OBJETIVO 3.1 El Hospital garantiza la adecuación de las estancias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta y actualiza un protocolo de evaluación de la adecuación de las estancias.		X	6	Documento: - protocolo
NIVEL 2	El Hospital aplica dicho protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. GESTIÓN DE CAMAS

OBJETIVO 3.2 El Hospital aborda las situaciones de máxima ocupación de sus camas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital establece y actualiza los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de sus camas.		X	6	Documentos: - criterios
NIVEL 2	El Hospital aplica dichos criterios y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. GESTIÓN DE CAMAS

OBJETIVO 3.3 El Hospital adecua las estancias preoperatorias de ingresos programados, a los protocolos o guías de los procesos quirúrgicos que requieren procedimientos o técnicas previas a la intervención quirúrgica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital selecciona los protocolos o guías a analizar		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - guías o procesos que se analizan
NIVEL 2	El Hospital analiza las estancias preoperatorias de los ingresos programados relacionados con los protocolos o guías seleccionados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora)		X	4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. GESTIÓN DE CAMAS

OBJETIVO

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital identifica los pacientes que reingresan con el mismo diagnóstico en menos de 30 días del alta anterior.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - procesos - reingresos
NIVEL 2	El Hospital analiza las causa que han motivado los reingresos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora)		X	4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. GESTIÓN DE CAMAS

OBJETIVO 3.5 El Hospital reduce las estancias de los 5 GRD de mayor impacto negativo en su estancia media.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital identifica los 5 GRD de mayor impacto en la estancia media.		X	3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - los 5 GRD seleccionados
NIVEL 2	El Hospital analiza las desviaciones existentes respecto al estándar, según norma, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para corregir progresivamente las desviaciones, hasta alcanzar el estándar.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 4. ADECUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

OBJETIVO 4.1 El Hospital optimiza su oferta en intervenciones quirúrgicas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Para la consecución de los objetivos de demora el Hospital equilibra la oferta de actividad quirúrgica programada, dentro del margen de maniobra que le permite -para cada especialidad- el correspondiente plan de trabajo y el nivel de aprovechamiento del tiempo quirúrgico programado asignado.		X	50	Informe firmado por el Gerente que recoja las decisiones adoptadas o la innecesariedad de su adopción.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO

OBJETIVO 5.1 El Hospital gestiona la terapia respiratoria a domicilio.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital ha implantado efectivamente los criterios establecidos en la Circular 4/200:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fichas administrativas "de prescripción" - unidad administrativa de seguimiento - criterios de indicación de las terapias respiratorias - protocolo clínico de revisión y seguimiento de pacientes - "comisión de control y seguimiento" de pacientes con terapia respiratoria domiciliaria 		X	5	<p>Informe (en el primer semestre de 2003) firmado por el Gerente en el que se especificarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organización y funcionamiento de la Unidad Administrativa - copia de los modelos de fichas administrativas "de prescripción" - protocolos establecidos por Neumología / Medicina Interna para todas las técnicas de terapia respiratoria indicadas en el Hospital
NIVEL 2	<p>El Hospital diseña una sistemática de verificación del grado de cumplimiento de los criterios señalados, tanto de los criterios clínicos como de los de carácter administrativo.</p>		X	5	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especificarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sistemática de verificación
NIVEL 3	<p>El Hospital aplica la sistemática de verificación del grado de cumplimiento de los criterios incluidos en la Circular 4/2000, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			5	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especificarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas <p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acta de la Comisión de Control y Seguimiento

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables Documentos: - Acta de la Comisión de Control y Seguimiento

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO

OBJETIVO 5.2 El Hospital gestiona la actividad quirúrgica realizada en Centros concertados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital valora mediante informe semestral la actividad quirúrgica desarrollada por los Centros que resuelven -a través de concierto- parte de su demanda.</p> <p>Incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - complicaciones (tipo, frecuencia, causas...) y forma de resolución - adecuación de las consultas de seguimiento posquirúrgico - sugerencias y reclamaciones en S. Atención al Usuario - resultados de la encuesta de satisfacción, realizada por la Gerencia de Salud de Área <p>De esta valoración obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	4	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especificarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 2	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			4	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables <p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acta de la Comisión de Control y Seguimiento

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO

OBJETIVO 5.3 El Hospital gestiona la hemodiálisis realizada en Centros concertados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital valora mediante informe semestral la actividad de hemodiálisis desarrollada por los Centros que resuelven -a través de concierto- parte de su demanda.</p> <p>Incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - control de calidad técnica, realizado por el Servicio de Nefrología correspondiente - sugerencias y reclamaciones en Servicio de Atención al Usuario - resultados de la encuesta de satisfacción, realizada por la Gerencia de Salud de Área <p>De esta valoración obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	5	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especificarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 2	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			5	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables <p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acta de la Comisión de Control y Seguimiento

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO

OBJETIVO 5.4 El Hospital gestiona el transporte sanitario.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adopta los criterios que justifican la prescripción de transporte sanitario (en sus distintas modalidades).		X	5	Documentos: - criterios
NIVEL 2	El Hospital normaliza el documento de prescripción de transporte sanitario, con el objetivo de facilitar la tarea de revisión de la indicación.		X	5	Documentos: - documento normalizado
NIVEL 3	El Hospital diseña el circuito y método para la revisión de las indicaciones de transporte sanitario.		X	5	Documentos: - circuito y método
NIVEL 4	El Hospital aplica los contenidos de los niveles 1-2-3 y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especificarán: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 5	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables Documentos: - Acta de la Comisión de Control y Seguimiento

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.1 El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital normaliza (mediante la definición o adaptación de protocolos, guías o vías clínicas) al menos 6 procesos asistenciales en cada especialidad, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.</p> <p>Las guías, vías o protocolos de práctica clínica deben adaptarse a sus distintos usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - versión abreviada - versión completa - versión para pacientes <p>Se identifican los responsables de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.</p>		X	8	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocolos - vías - guías
NIVEL 2	El Hospital implanta los procesos asistenciales normalizados en el ejercicio.		X	4	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa los procesos asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	4	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.2 El Hospital normaliza el proceso de enfermería.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital define e implanta un modelo de cuidados orientado al paciente y al cuidador principal, que asegura una valoración y atención integrales.		X	8	Documentos: - modelo de cuidados (homogéneo para el Servicio Regional de Salud)
NIVEL 2	El Hospital normaliza (diseña e implanta) los registros de enfermería, que son coherentes con el modelo de cuidados, con las necesidades específicas de los pacientes y con la normativa de historias clínicas del Centro.		X	4	Documentos: - registros de enfermería
NIVEL 3	El Hospital valida a través de un grupo de expertos el modelo de cuidados, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.3 El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación surgidas de la evidencia de la práctica y el consenso de los profesionales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital estandariza progresivamente los planes de cuidados. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan, al menos, los tres procesos más frecuentes, de acuerdo con un método centrado en las necesidades del paciente.		X	6	Documentos: - planes de cuidados
NIVEL 2	El Hospital estandariza progresivamente los procedimientos de enfermería. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan las técnicas generales más comunes. Su elaboración contempla: objetivos, personal responsable de su realización, material necesario, precauciones, desarrollo y cuidados posteriores.		X	6	Documentos: - procedimientos
NIVEL 3	El Hospital estandariza progresivamente los procedimientos de enfermería. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan las técnicas específicas que se aplican a los pacientes ingresados en su unidad. Su elaboración contempla: objetivos, personal responsable de su realización, material necesario, precauciones, desarrollo y cuidados posteriores.			4	Documentos: - procedimientos
NIVEL 4	El Hospital revisa y actualiza anualmente (y siempre que se consideren necesarias modificaciones, por evidencia o por práctica) los planes de cuidados y los procedimientos.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - actualizaciones

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 5	<p>El Hospital evalúa y analiza, al menos, un plan de cuidados por unidad de enfermería.</p> <p>Dicha evaluación contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - número de pacientes con plan de cuidados documentado - porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora). 			3	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los planes de cuidados evaluados
NIVEL 6	<p>El Hospital evalúa y analiza, al menos, dos procedimientos por cada unidad de enfermería, seleccionados entre los más frecuentes o de mayor riesgo.</p> <p>Dicha evaluación contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - número de pacientes monitorizados - porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora). 			3	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los procedimientos evaluados
NIVEL 7	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en relación con los planes de cuidados evaluados.</p>			3	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora en relación con los planes de cuidados evaluados - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables
NIVEL 8	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en relación con los procedimientos evaluados.</p>			3	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora en relación con los procedimientos evaluados - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.4 El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital identifica al menos 6 procesos por cada servicio no asistencial, respecto de los cuales persigue un diseño normalizado.		X	6	Documentos: - relación de procesos
NIVEL 2	El Hospital normaliza los procesos no asistenciales identificados, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo. Para cada proceso definido se identifica el responsable de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.		X	6	Documentos: - procesos
NIVEL 3	El Hospital implanta los procesos no asistenciales normalizados en el ejercicio.		X	4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 4	El Hospital evalúa los procesos no asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 5	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.5 El Hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene establecido un protocolo de gestión, facturación y cobro de las prestaciones que son responsabilidad de terceros		X	4	Documentación: - protocolo (presentado en el primer cuatrimestre)
NIVEL 2	El Hospital pone en marcha y difunde el protocolo de gestión, facturación y cobro de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación y difusión
NIVEL 3	El Hospital evalúa mensualmente la evolución de la gestión de estas prestaciones, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Remisión en los primeros 10 días del mes, de las fichas de ingresos (facturación y cobro) correspondientes al mes anterior e informe de gestión.
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas, para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.6 El Hospital realiza la adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tramita y adjudica su presupuesto de los Capítulos II y VI por subasta, concurso o procedimiento negociado, hasta alcanzar progresivamente el 80% del mismo.		%	5	Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - los contratos adjudicados Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - la ejecución presupuestaria de los Capítulos II y VI en la fase AD

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.7 El Hospital aplica criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital realiza un seguimiento exhaustivo del funcionamiento de la contratación administrativa estableciendo los objetivos de optimización de la eficiencia y calidad en las actuaciones de la Unidad de Contratación Administrativa y de la Mesa de Contratación, tanto en el proceso de toma de decisiones como en los subprocesos de información técnica que se requieran.		X	4	<p>Informes firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el funcionamiento y objetivos de la Unidad de Contratación Administrativa y Mesa de Contratación - el seguimiento por la Comisión de Dirección de las actividades de contratación administrativa - el funcionamiento de las Comisiones para la elaboración de informes técnicos
NIVEL 2	El Hospital evalúa el funcionamiento de la contratación administrativa y los objetivos de optimización de la eficiencia y calidad establecidos, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	<p>Informes firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los controles internos sobre el funcionamiento e incidencias de la contratación administrativa - informes de auditoría de la Intervención General de la Comunidad - informes de la Unidad de Contratación Administrativa sobre el establecimiento de medidas correctoras

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas, para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informes de la Unidad de Contratación Administrativa dirigidos a la Comisión de Dirección en el que se especifican: <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.8 El Hospital garantiza una gestión eficiente de las propuestas de pago.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital logra progresivamente que la demora máxima entre la fecha de entrada de las facturas o certificaciones de obra en el Registro de Documentos a Pagar y la de contabilización de su correspondiente propuesta de pago sea de 30 días naturales para el 100% de los documentos.		X	4	Días de tramitación transcurridos entre ambas fechas según resulte del informe "Estadística de facturas - días / documento" que se obtiene del aplicativo SICCAL-2.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.9 El Hospital realiza una gestión correcta de los mantenimientos correctivos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora un Manual de Mantenimiento Correctivo que recoge como mínimo: - circuito de solicitud y registros - gestión priorizada de las solicitudes - responsables de emisión, recepción, gestión y explotación - registro de actuaciones (tiempos, piezas utilizadas, costes...) - explotación del registro de actuaciones (tiempos de respuesta, disponibilidad, coste por equipo, coste por servicio...)		X	4	Documentos: - Manual de Mantenimiento Correctivo
NIVEL 2	El Hospital implanta el Manual de Mantenimiento Correctivo.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la explotación de las actuaciones
NIVEL 3	El Hospital evalúa de gestión de estos mantenimientos correctivos y la aplicación práctica del Manual, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas, para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.10 El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital implanta progresivamente la codificación del 100% de los equipos e instalaciones objeto de mantenimiento preventivo, y establece un Manual de mantenimiento preventivo, que recoge como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - confección de las tareas a realizar, con parámetros de control - programación de las tareas - vinculación de la normativa o legislación exigible y marcado de mínimos en los parámetros de control - registro de actuaciones (tiempos, piezas utilizadas, costes...) - explotación de actuaciones y análisis de reposición. 		%	5	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual de mantenimiento preventivo <p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las explotaciones y actuaciones

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.11 El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital tiene actualizada y perfectamente organizada la siguiente documentación:</p> <p>edificio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planos de arquitectura - planos y esquemas de instalaciones <p>equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manual técnico y de usuario <p>archivo de normativa legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - legislación, reglamentos, normas... <p>legalización de instalaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentación, registro de las instalaciones y equipos - libro de mantenimiento de instalaciones... 		X	4	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relación de documentos referidos
NIVEL 2	<p>El Hospital codifica los equipos e instalaciones objeto de mantenimiento legal, y establece un Manual de Mantenimiento legal que recoge como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vinculación del equipo con la legislación a cumplir - confección de las tareas a realizar, con parámetros de control y periodicidad marcados en la legislación - programación de las tareas propias o a realizar por Organismos de Control Autorizado. - registro de actuaciones y establecimiento de alarmas anteriores al fin del periodo establecido - seguimiento de la documentación legal 			4	<p>documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual de Mantenimiento legal.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
-------	-------------	----------------------	---------------	-------	-------------------------

NIVEL 3 El Hospital implanta el Manual de Mantenimiento legal y documenta todos sus edificios, instalaciones y equipos.

3

Documentos:
 - relación de documentos señalados
 Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:
 - las actuaciones desarrolladas

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO 6.12 El Hospital diseña e implanta un plan de seguimiento del equipamiento médico.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, respecto del equipo médico inventariado, se ajusta estrictamente a sus respectivos Manuales de mantenimiento correctivo, preventivo y legal; y realiza un histórico por equipo que contiene las tendencias de los parámetros de control.		X	4	Documentos: - el inventario de equipos electromédicos a controlar - el modelo del histórico - los parámetros de control
NIVEL 2	El Hospital establece qué equipos médicos indispensables para su actividad requieren un especial seguimiento creando un Manual de uso por equipo que se ubica en el área y que recoge como mínimo: - manual de Usuario - normativa de comunicación de incidentes - posibles riesgos para el paciente y el manipulador ante un uso inadecuado. - nivel de capacitación en el uso. - equipo alternativo en caso de avería y localización del mismo			3	Documentos: - Manual de Uso
NIVEL 3	El Hospital implanta los Manuales de uso.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - relación de equipos con manuales de uso implantados

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 7. GESTIÓN DE LAS INVERSIONES

OBJETIVO 7.1 El Hospital prioriza y racionaliza las inversiones hospitalarias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital define el Equipo de Trabajo responsable de gestionar las inversiones en equipamiento.		X	5	Informe de constitución y calendario de actuaciones
NIVEL 2	<p>El Hospital cuenta con un procedimiento que le permite priorizar las necesidades de equipamiento existentes.</p> <p>Equipamiento clínico: El procedimiento contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad relacionada con la prestación de servicios <ul style="list-style-type: none"> - para dar continuidad en los servicios prestados - para incorporar nuevas prestaciones <ul style="list-style-type: none"> · básicas, según el tipo de hospital · no básicas (prescindibles, según el tipo de hospital) - Incidencia de la inversión en la calidad de una prestación ya existente - Impacto de la inversión en: <ul style="list-style-type: none"> - la resolución de cuellos de botella en Servicios Centrales - lista de espera - la resolución de problemas de accesibilidad - aspectos docentes y/o de investigación - Coste del equipamiento: <ul style="list-style-type: none"> - de adquisición - del incremento preciso en recursos humanos - de fungibles asociados - de mantenimiento - de obras precisas para la instalación 		X	14	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedimiento de priorización de las necesidades de equipamiento

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 2 (continuación)	<p>Equipamiento no clínico: El procedimiento contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas que viene a resolver o mejoras que aporta - Coste del equipamiento: <ul style="list-style-type: none"> - de adquisición - del incremento preciso en recursos humanos - de fungibles asociados - de mantenimiento - de obras precisas para la instalación <p>Asignando un valor a cada criterio, al procedimiento ayudará a objetivar las necesidades y -en consecuencia- a tomar decisiones.</p>				
NIVEL 3	El Hospital aplica el procedimiento de priorización, de forma progresiva hasta alcanzar al 100% de las necesidades.			14	Documentos: - tabla de valoración global
NIVEL 4	El Hospital evalúa el resultado de la aplicación del procedimiento de priorización de las inversiones necesarias, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - análisis realizado y conclusiones obtenidas
NIVEL 5	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 8. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 8.1 El Hospital elabora una proyección anual de su evolución económico-financiera.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora una previsión anual de su evolución económico-financiera, con estimación de su Gasto Real a fin de ejercicio y distribución mensual de la evolución del mismo.		X	3	Remisión de la previsión del Gasto Real y su distribución mensual antes del 15 de marzo con el desarrollo que aparezca en la ficha FGE
NIVEL 2	El Hospital mensualmente realiza previsiones de Gasto Real a cierre del ejercicio. Las diferencias entre las previsiones de Gasto Real al cierre del ejercicio en las fechas que a continuación se indican y el Gasto Real efectivamente realizado no serán superiores a los siguientes porcentajes de desviación: - Previsiones de G.R. a cierre en 31 de mayo En Capítulo I - 0,5% En Capítulo II- 1% - Previsión de G.R. a cierre en 30 de octubre En Capítulo I - 0,5% En Capítulo II - 0,2%		X	2	Remisión de las fichas FGE antes de los diez primeros días del mes, para la oportuna comprobación de los datos mensuales con el cierre (31 de diciembre)
NIVEL 3	El Hospital evalúa la previsión mensualmente y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			2	Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - las desviaciones y las medidas correctoras a aplicar en el mes siguiente a la detección de las desviaciones

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			2	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 8. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital establece anualmente una planificación de las adquisiciones de suministros y de las contrataciones de obras y servicios con carácter previo al inicio del ejercicio (con indicación de artículos, servicios u obras que se prevean contratar, cantidades, precios indicativos, y/o presupuesto de ejecución, procedimientos de adjudicación, duración de los contratos y plazos de ejecución).		X	3	Envío del plan anual de contratación administrativa
NIVEL 2	El Hospital realiza un seguimiento mensual de los contratos adjudicados y evalúa, al menos trimestralmente, la planificación previa, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	3	Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - los contratos adjudicados Informe trimestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - la ejecución e incidencias del plan
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 8. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 8.3. El Hospital se impone el cumplimiento de plazos en la tramitación y adjudicación de los contratos de capítulo II y capítulo VI.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>Capítulo II: El Hospital tramita y adjudica el 25% de su presupuesto de forma anticipada (anteriormente al inicio del ejercicio presupuestario), el 70% antes del 30 de junio y el 95% antes del 31 de octubre.</p> <p>Capítulo VI: El Hospital tramita y adjudica el 100% del presupuesto en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito (obligando el 100% antes de la finalización del ejercicio).</p>		X	3	<p>Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - los contratos adjudicados</p> <p>Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - los créditos presupuestarios del Capítulo II y VI en su fase AD</p>
NIVEL 2	El Hospital contrae el 90% de las obligaciones del capítulo VI en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito.			3	Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - los créditos presupuestarios del Capítulo VI en fase OK

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 8. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 8.4. El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los suministros generales (electricidad, gasoil, gases combustibles, gases medicinales, agua...).

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene elaborado y aplica un protocolo de recepción de estos suministros.		X	3	Documentos: - protocolos
NIVEL 2	El Hospital efectúa un control de consumo real y analiza el rendimiento de productores y transformadores de energía.		X	3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - los valores de consumo real y rendimiento
NIVEL 3	El Hospital evalúa e inventaría los elementos críticos de cortes de suministro. Igualmente establece las capacidades, limitaciones y procedimientos de emergencia de los proveedores de suministro.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - inventario de los elementos críticos
NIVEL 4	El Hospital establece un Manual de emergencia para la gestión de los fallos de suministro. Recoge como mínimo: - localización de elementos de corte y maniobra. - procedimiento de emergencia para la incorporación de suministros suplementarios. - normativa de cómo informar. - procedimiento para usuarios y profesionales.			3	Documentos: - Manual de emergencia de suministro
NIVEL 5	El Hospital crea y equipa un local de emergencia de fácil acceso, que contiene los equipos y elementos necesarios para llevar a cabo los procedimientos de emergencia.			3	Documentos: - inventario de los equipos - localización del local de emergencia

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 8. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 8.5 Gestión de stocks en unidades de consumo, adecuándolos a la demanda y minimizándolos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Centro realiza un análisis del stock de productos almacenables en las unidades y servicios con descripción del número, tamaño y localización de puntos de almacenamiento periféricos.		X	3	Envío antes del 30 de Junio de 2003 del documento de análisis de la situación actual y listado de consumo de las distintas unidades
NIVEL 2	El Centro tiene establecidos pactos de stock con las unidades y servicios en función del tiempo de respuesta del almacén general y del consumo, y define el sistema de control a utilizar.		X	3	Definición del sistema de control que se va a utilizar y envío de los pactos de stock antes del 30 de septiembre de 2003
NIVEL 3	El Centro realiza la implantación progresiva del sistema de control propuesto para reducción progresiva de stock y comprueba el resultado.			3	Resultados de la reducción progresiva del stock desde su implantación
NIVEL 4	El Centro tiene constituida la comisión de compras para la autorización de inclusiones de nuevos artículos (comisión de homologación y catalogación de materiales), regulada conforme a circular 7/95 de 28 de diciembre. Se reúne al menos trimestralmente.			3	Número de reuniones, objetivos y memoria anual de la comisión

LÍNEA ESTRATÉGICA IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

PROCESO 8. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 8.6 El Hospital con un coste de UCH superior a la media del grupo, aplica un plan de ajuste financiero.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital define en el primer cuatrimestre del ejercicio un plan de ajuste financiero individualizado que lo acerca progresivamente al coste de la UCH media del grupo. Este plan contendrá actuaciones y plazos.		X	3	Documentos: - plan de ajuste financiero
NIVEL 2	El Hospital evalúa el grado de aplicación del plan y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - análisis realizado y conclusiones obtenidas (Envío 16 de junio, 16 de septiembre y 16 de diciembre de 2003)
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 1.1 El Hospital incluye nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica, y garantiza que estos cumplen unos requisitos mínimos de eficacia, seguridad, calidad y coste.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>La Comisión de Farmacia y Terapéutica evalúa únicamente las propuestas de inclusión de nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica si van acompañadas de un informe técnico del servicio solicitante y un informe técnico elaborado por el Centro de Información del Medicamento.</p> <p>Epígrafes que debe incluir el informe del servicio solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificación del medicamento - servicios que lo solicitan e indicaciones para las que se pretende utilizar - descripción del medicamento - área farmacológica que cubre y situación que ocupa en la Guía Farmacoterapéutica - evaluación de la eficacia - evaluación de la seguridad - evaluación económica (si se dispone de ella) - bibliografía - autores del informe <p>Epígrafes que debe incluir el informe del Centro de Información del Medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los anteriores - evaluación económica - propuesta de indicaciones y servicios para los que se pretende aprobar - condiciones de uso en el Hospital 		X	18	Auditoría externa
NIVEL 2	<p>El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, emite un informe justificado sobre el resultado de la evaluación y lo remite al servicio solicitante.</p>		X	14	Auditoría externa

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 1.2 El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre su personal sanitario.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital, a través de la Guía Farmacoterapéutica, incorpora información técnica de los productos que la constituyen, que como mínimo contiene los siguientes bloques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicaciones, dosis, vía de administración... - interacciones, condiciones de uso, protocolos... - utilización en condiciones especiales (ancianos, embarazadas...), anexos... <p>(Implantación progresiva por bloques)</p>		X	18	El Gerente del Hospital remite anualmente la Guía Farmacoterapéutica a la Dirección General de Asistencia Sanitaria
NIVEL 2	<p>El Hospital distribuye la Guía Farmacoterapéutica al 100% de los facultativos del hospital y a todas las unidades de hospitalización. Se incluye además como información específica para facultativos en el plan de acogida a los trabajadores de nueva incorporación.</p>		X	12	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el procedimiento de difusión

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 1.3 El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre el personal sanitario, para su apoyo en la prescripción.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, estudia el grado de adecuación de las prescripciones de medicamentos a través de la orden médica al contenido de la Guía Farmacoterapéutica valorado en términos cuali y/o cuantitativos.		X	17	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el estudio semestral de adherencia a la Guía Farmacoterapéutica según metodología determinada por la Dirección Técnica de Farmacia
NIVEL 2	El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, analiza el estudio de adherencia y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			9	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 1.4 El Hospital dispone de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos que facilita la toma de decisiones en el momento de la prescripción de sus facultativos, que debe actualizarse anualmente y difundirse entre los mismos para su utilización.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, informa sobre qué número de principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica -para los que existen equivalentes comercializados- están recogidos en el Protocolo de Equivalentes Terapéuticos.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis del contenido del Protocolo de Equivalentes Terapéuticos
NIVEL 2	El Hospital distribuye el Protocolo de Equivalentes Terapéuticos al 100% de los facultativos del hospital y a todas las unidades de hospitalización. Se incluye además como información específica para facultativos en el plan de acogida a los trabajadores de nueva incorporación.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el procedimiento de difusión
NIVEL 3	El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, analiza la aceptación por parte de los médicos prescriptores de las sustituciones por equivalentes terapéuticos, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	10	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 1.5 El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con el VIH+

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, realiza el estudio de utilización de medicamentos: adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH +.		X	28	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la realización del estudio por el Servicio de Farmacia según diseño e instrucciones de la Dirección Técnica de Farmacia
NIVEL 2	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, analiza los resultados del estudio de utilización de medicamentos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			13	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - los resultados del estudio de utilización de medicamentos y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			11	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, realiza un estudio de utilización de medicamentos/año: por determinar.		X	13	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la realización del estudio por el Servicio de Farmacia según diseño e instrucciones de la Dirección Técnica de Farmacia
NIVEL 2	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, analiza los resultados del estudio de utilización de medicamentos y obtiene conclusiones y oportunidades de mejora.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - los resultados del estudio de utilización de medicamentos y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 1.7 El Hospital hace el seguimiento de las actividades de información, docencia e investigación promovidas por la industria farmacéutica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital analiza semestralmente la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autorizaciones para la asistencia a congresos, viajes de estudios o actos similares concedidas a facultativos - actividades formativas realizadas en el Hospital financiadas total o parcialmente por laboratorios y promovidas por estos o a petición del propio Hospital - publicaciones de trabajos, guías, ponencias o comunicaciones a reuniones para las que se haya obtenido fuente de financiación de la industria 		X	14	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado
NIVEL 2	<p>El Hospital dispone de un registro de todos los ensayos clínicos o estudios postautorización observacionales prospectivos realizados en el mismo, para los que se dispone de: protocolo, fecha de comienzo efectiva y facultativos que participan.</p>		X	13	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - la relación de ensayos clínicos o estudios

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 2. DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO 2.1 El Hospital dispone de un sistema de garantía de calidad del sistema de dispensación y distribución de medicamentos en dosis unitaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	De una forma progresiva, el 95% de las órdenes médicas transcritas al ordenador son validadas por un farmacéutico antes de su dispensación.		%	25	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la monitorización trimestral que verifica el porcentaje conseguido (realizado por el Servicio de Farmacia) Auditoría externa
NIVEL 2	El 100% de las unidades dispensadas en Dosis Unitaria son revisadas en el Servicio de Farmacia antes de su dispensación.		X	25	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la monitorización trimestral que verifica el porcentaje conseguido (realizado por el Servicio de Farmacia) Auditoría externa

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

OBJETIVO 3.1 El Hospital disminuye la incidencia de acontecimientos adversos relacionados con la medicación -a través de la disminución de errores de medicación- relacionados con la prescripción, elaboración, dispensación y/o administración de medicamentos a través de la orden médica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Un % creciente de camas con sistema de dispensación en dosis unitaria, dispone de órdenes médicas informatizadas.		%	12	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - porcentaje conseguido
NIVEL 2	Un % creciente de camas con sistema de dispensación en dosis unitaria, dispone de sistemas de prescripción médica informatizada según la disponibilidad de recursos informáticos.			8	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - porcentaje conseguido

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

OBJETIVO 3.2 El Hospital promueve un uso racional de los medicamentos en pacientes externos y realiza un seguimiento clínico de los tratamientos

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, registra su intervención sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguimiento de las dispensaciones de todos los pacientes externos - información verbal y escrita aprobada por la Comisión de Farmacia y Terapéutica, que se proporciona a los pacientes externos dispensados. 		X	16	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los informes elaborados y difundidos a los pacientes externos <p>Auditoría externa</p>

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

OBJETIVO 3.3 El Hospital promueve la integración del farmacéutico en los equipos asistenciales de hospitalización, con la finalidad de la crear equipos multidisciplinares que colaboren en la atención clínica de los pacientes.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora un programa de integración progresiva del farmacéutico en los equipos asistenciales de hospitalización, que recoge las líneas de actuación contempladas en el programa docente para residentes de cuarto año de Farmacia Hospitalaria.		X	11	Documentos: - programa
NIVEL 2	El Hospital implanta el programa de integración progresiva del farmacéutico en los equipos asistenciales.			11	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa el programa de integración progresiva del farmacéutico en los equipos asistenciales y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			11	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			11	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

OBJETIVO 3.4 El Hospital desarrolla un sistema eficaz de comunicación y difusión a sus profesionales de la información recibida sobre alertas de medicamentos o productos sanitarios.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital diseña un procedimiento de comunicación de alertas que garantice la recepción de la información por todos los profesionales sanitarios implicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alertas por calidad a Servicio de Farmacia - alertas por seguridad de medicamentos (comunicación de riesgos y notas informativas) a Servicio de Farmacia y facultativos. - comunicación de riesgos y notas informativas sobre productos sanitarios: Servicio de Farmacia o Suministros y facultativos (Este procedimiento de comunicación está validado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria). 		X	16	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedimiento de comunicación en el primer semestre <p>Auditoría externa</p>

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 4. COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 4.1 El Hospital fomenta la prescripción de fármacos genéricos a través de receta y difunde información actualizada al respecto entre los facultativos prescriptores.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital se implica en la promoción de la prescripción de genéricos a través de receta en Atención Especializada: elabora y difunde una información actualizada sobre los medicamentos genéricos disponibles en el mercado, con una periodicidad trimestral, informando de ello a la Comisión Paritaria.		X	25	Documentos: - información difundida semestralmente (señalando el modo de difusión y los destinos)
NIVEL 2	El Hospital incrementa su % de prescripción de EFG en envases sobre el total de envases prescritos en al menos 0.5 puntos respecto al % acumulado en diciembre 2002.		X	25	Sistema de información

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 4. COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 4.2 El Hospital, en colaboración con las estructuras de AP, fomenta la prescripción por principio activo en los informes de alta, urgencias y consultas externas, y difunde la información entre sus facultativos prescriptores.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital realiza un estudio sobre el % de prescripción por principio activo respecto del total de medicamentos prescritos en los informes de alta, urgencias y consultas externas.		X	25	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - muestra de informes de alta, de urgencias y de consultas externas, analizados. - conclusiones obtenidas
NIVEL 2	La prescripción por principio activo respecto del total de medicamentos prescritos en informes de alta, urgencias y consultas externas se incrementa de forma progresiva hasta alcanzar el 80%.			25	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - muestra de informes de alta, de urgencias y de consultas externas, analizados. - conclusiones obtenidas

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 5.1 El Hospital informa de los datos de actividad económica sobre adquisiciones de medicamentos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, proporciona información mensual sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - índice de rotación de stock - ratio consumo / adquisiciones - ratio adquisición a valor contable / adquisición a PVL+IVA - número roturas de stock - % pedidos extraordinarios a laboratorios <p>El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, proporciona información anual sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - importe de adquisiciones (P neto) por: <ul style="list-style-type: none"> - concurso - adjudicación directa - descuento obtenido (P neto) en valor absoluto y % sobre el total de las adquisiciones por: <ul style="list-style-type: none"> - adjudicaciones directas - concursos - número de concursos realizados (definir subgrupos terapéuticos o Principios Activos incluidos) 		X	18	<p>Informe mensual firmado por el Gerente para la Inspección de Farmacia y a la Dirección Técnica de Farmacia según formato e instrucciones de la Dirección Técnica de Farmacia.</p> <p>Informe anual firmado por el Gerente para la Inspección de Farmacia y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria según formato e instrucciones de la Dirección Técnica de Farmacia.</p>
NIVEL 2	<p>El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, analiza la adecuación de los indicadores de actividad económica, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			18	<p>Informe trimestral firmado por el Gerente para la Dirección Técnica de Farmacia sobre el análisis de los indicadores económicos más alejados del valor óptimo y conclusiones obtenidas</p>

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 3	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			16	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables
NIVEL 4	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, informa anualmente sobre el procedimiento negociador de precios que fundamenta la decisión de adquisición, incluyendo justificación de sus ventajas y ahorro potencial		X	16	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el procedimiento negociador

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 5.2 El Hospital obtiene datos económicos sobre consumos de medicamentos por paciente.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, informa sobre el % de consumo que se asigna por paciente, diferenciando pacientes hospitalizados, ambulantés y externos.		X	16	Informe semestral firmado por el Gerente en el que se especifican: - el % consumo por paciente, por GFH.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 5.3 El Hospital proporciona información estructurada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre el gasto farmacéutico en pacientes hospitalizados, pacientes ambulantes y externos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital realiza un seguimiento del gasto farmacéutico intrahospitalario a través de los datos de adquisiciones y consumos en pacientes hospitalizados, ambulantes y externos.		X	16	Informe mensual firmado por el Gerente en el que se especifican: - seguimiento del gasto farmacéutico (según formato e instrucciones establecidas por la Dirección Técnica de Farmacia)

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 5.4 El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital elabora y proporciona trimestralmente información del gasto farmacéutico intrahospitalario según consumo (Precio Medio Contable) por Servicio- GFH (Grupo Funcional Homogéneo), con un contenido mínimo de los siguientes bloques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consumo global y por grupos terapéuticos - consumo por especialidades y/o principios activos - consumo por GRD - análisis del efecto-volumen y efecto-precio del grupo A (clasificación de Pareto) <p>(implantación progresiva por bloques).</p>		X	20	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelo de sistema de información
NIVEL 2	<p>El Hospital analiza trimestralmente las desviaciones del consumo más relevantes y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			16	<p>Informe trimestral firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			16	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA

OBJETIVO 5.5 El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico a través de receta por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital elabora y proporciona a los prescriptores información del gasto farmacéutico a PVP a través de receta con un contenido mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - por servicio: consumo global y por grupos terapéuticos - por servicio: consumo global y por grupos terapéuticos y especialidades y/o principios activos - por facultativo: consumo global y por grupos terapéuticos - por facultativo: consumo global y por grupos terapéuticos y especialidades y/o principios activos (Implantación progresiva). 		X	20	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelo de informe
NIVEL 2	<p>El Hospital analiza la información derivada del gasto a través de receta y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			16	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado de las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			16	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 1. UNIDAD DE CALIDAD

OBJETIVO 1.1 El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Bajo el liderazgo del Coordinador de Calidad, se integran un responsable de calidad de enfermería y un responsable de los colectivos no sanitarios.		X	11	Informe firmado por el Gerente en el que concreta la designación de los miembros.
NIVEL 2	La Unidad de Calidad cuenta con un manual de funcionamiento, que regula el desarrollo de las funciones que tiene encomendada. Está aprobado por la Comisión de Dirección.		X	20	Documentación: - manual de funcionamiento
NIVEL 3	La Unidad de Calidad cuenta con una metodología de trabajo que da eficacia y eficiencia a sus actuaciones. Dicha metodología contempla la interacción complementaria con las Comisiones Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, UCASS, Servicio de Atención al Usuario y Comisión de Dirección. Está aprobada por la Comisión de Dirección.		X	20	Documentación: - metodología de trabajo

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 1. UNIDAD DE CALIDAD

OBJETIVO 1.2 El Hospital estructura una Unidad de Calidad Suficiente.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Unidad de Calidad cuenta -previo compromiso de la Comisión de Dirección- con el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del Hospital.		X	25	Informe firmado por el Gerente.
NIVEL 2	La Unidad de Calidad cuenta -previo compromiso de la Comisión de Dirección- con el apoyo administrativo necesario, despacho, soporte informático, soporte bibliográfico...		X	25	Informe firmado por el Gerente.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 1. UNIDAD DE CALIDAD

OBJETIVO 1.3 La Unidad de Calidad funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>La Unidad de Calidad, tiene establecidos los objetivos del año, de acuerdo con la Comisión Central de Garantía de Calidad y con la aprobación de la Comisión de Dirección.</p> <p>Para cada objetivo, se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones 		X	25	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	<p>La Unidad de Calidad realiza al finalizar el ejercicio una memoria de las actividades del Hospital, relacionadas con los objetivos de calidad.</p> <p>Con el fin de difundirla adecuadamente, la presenta en público a los trabajadores del Hospital por el procedimiento que estime oportuno y la envía a la Dirección del Centro y a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.</p>		X	25	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memoria

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 2. COMISIONES CLÍNICAS

OBJETIVO 2.1 El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad cuenta con un manual de funcionamiento, que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.		X	4	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	La Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.			4	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.			4	Informe de propuesta

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 2. COMISIONES CLÍNICAS

OBJETIVO 2.2 El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica cuenta con un manual de funcionamiento, que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.		X	4	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	La Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.			4	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.			4	Informe de propuesta

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 2. COMISIONES CLÍNICAS

OBJETIVO 2.3 El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica cuenta con un manual de funcionamiento, que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.		X	4	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	La Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.			4	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.			4	Informe de propuesta

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 2. COMISIONES CLÍNICAS

OBJETIVO 2.4 El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación cuenta con un manual de funcionamiento, que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.		X	4	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	La Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.			4	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.			4	Informe de propuesta

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 2. COMISIONES CLÍNICAS

OBJETIVO 2.5 El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos cuenta con un manual de funcionamiento, que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.		X	4	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.		X	4	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	La Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.			4	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.			4	Informe de propuesta

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 3. COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVO 3.1 Integración del funcionamiento de las Comisiones Clínicas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba las funciones de las distintas Comisiones Clínicas.		X	4	Documentación: - acta
NIVEL 2	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba los manuales de funcionamiento de las distintas Comisiones Clínicas.		X	4	Documentación: - acta
NIVEL 3	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba los programas anuales de objetivos de las distintas Comisiones Clínicas.		X	4	Documentación: - acta
NIVEL 4	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa los informes de propuestas de mejora, elaborados por las distintas Comisiones Clínicas. Obtiene conclusiones que plasma en un informe global de propuestas de mejora y que eleva a la Dirección del Hospital.			4	Informe de propuestas
NIVEL 5	La Dirección del Hospital, a través de la Unidad de Calidad, analiza el informe de propuestas de mejora elaborado por la Comisión Central de Garantía de Calidad, en relación con los ámbitos de competencia de las distintas Comisiones Clínicas, e incorpora los contenidos viables y coherentes al Programa de Objetivos del ejercicio siguiente y al Programa de Calidad Total.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 4. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

OBJETIVO 4.1 El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de profesionales especialistas en bioética clínica o, en su defecto, se encuentra en proceso de formación de los mismos.		X	4	Documentos: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	El Hospital dispone de un Comité de Ética Asistencial no acreditado que ha elaborado su reglamento de régimen interno.			4	Documentos: - acta de constitución - reglamento
NIVEL 3	El Hospital tiene acreditado el Comité de Ética Asistencial de acuerdo con la normativa autonómica vigente.			4	Registro de Comités de Ética Asistenciales acreditados
NIVEL 4	El Comité de Ética Asistencial incorpora profesionales de Atención Primaria. Su ámbito de actuación es el Área de influencia del Hospital, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - composición - sistemática de actuación en los dos niveles asistenciales
NIVEL 5	El Comité de Ética Asistencial está acreditado como Comité de Área.			4	Registro de Comités de Ética Asistencial de Área acreditados

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 4. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

OBJETIVO 4.2 El Comité de Ética Asistencial tiene una dotación de recursos suficiente.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Comité de Ética Asistencial cuenta -previo compromiso de la Comisión de Dirección- con el tiempo de dedicación necesario para llevar a cabo sus funciones.			10	Informe firmado por el Gerente
NIVEL 2	El Comité de Ética Asistencial cuenta -previo compromiso de la Comisión de Dirección- con el apoyo administrativo necesario, despacho, soporte informático, soporte bibliográfico...			10	Informe firmado por el Gerente

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 4. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

OBJETIVO 4.3 El Comité de Ética Asistencial funciona a través de una dirección por objetivos y elabora anualmente su memoria de actividades.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Comité de Ética Asistencial establece los objetivos del año de acuerdo con la Comisión Central de Garantía de Calidad y tras la aprobación de los mismos por la Comisión de Dirección. Para cada uno de ellos se ha preestablecido el logro esperado así como su sistema y calendario de evaluación. Tales objetivos deben centrarse, al menos, en la elaboración de protocolos de actuación ante situaciones que susciten reiteradamente problemas éticos, y en aspectos relacionados con la formación en bioética de los profesionales del Hospital y de su Área de influencia en Atención Primaria.			7	Documentos: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	El Comité de Ética Asistencial realiza al finalizar el ejercicio una memoria de sus actividades. Con el fin de difundirla adecuadamente, la presenta en público a los trabajadores del Área sanitaria por el procedimiento que se estime oportuno y la envía a la Dirección del Centro y a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.			7	Documentos: - memoria
NIVEL 3	El Comité de Ética Asistencial edita un documento para divulgar entre los usuarios su misión, objetivos, funciones, modo y vías de acceso al mismo para profesionales y para usuarios...			7	Documentos: - documento de divulgación

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO 5.1 El Hospital dispone de un sistema de alerta.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un sistema de alerta para la detección de brotes y de un mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria (comunicación de casos desde el Laboratorio, servicios clínicos y/o unidades de enfermería).		X	6	Documentos: - sistema de alerta para la detección de brotes - mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria
NIVEL 2	El Hospital aplica el sistema de alerta para la detección de brotes y el mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO 5.2 El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital realiza estudios de Prevalencia de la infección hospitalaria, que es capaz de estimar tasas globales y específicas de infección. La información que genera el sistema de vigilancia se emite a los servicios médicos y unidades de enfermería, al menos, una vez al año.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - prevalencia de infecciones y de infectados - prevalencia de infección quirúrgica - prevalencia de infección del tracto urinario en pacientes sondados (Estudios realizados con todos los pacientes ingresados)
NIVEL 2	El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO 5.3 El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica semestralmente el sistema de vigilancia de la infección hospitalaria para estimar la incidencia acumulada (IA) global y específica, a través de: - revisión de los resultados microbiológicos y/o - revisión de historias clínicas y/o - visita en las plantas, cada uno/dos días, a todos los pacientes ingresados		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - IA de infecciones - IA de infectados - IA de infección quirúrgica - IA de infección del tracto urinario en pacientes sondados
NIVEL 2	El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO 5.4 El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica semestralmente el sistema de vigilancia de la infección hospitalaria para estimar la densidad de incidencia (DI), a través de: - seguimiento de los pacientes desde el ingreso		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - DI de infección quirúrgica - DI de infección respiratoria en pacientes sometidos a respiración mecánica
NIVEL 2	El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO 5.5 El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica semestralmente el sistema de vigilancia de la infección hospitalaria para estimar la incidencia acumulada (IA) y/o la densidad de incidencia (DI) tras el alta médica.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - IA/DI de infección quirúrgica - IA/DI de infección respiratoria en pacientes sometidos a ventilación mecánica
NIVEL 2	El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.1 El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizados los procedimientos de "limpieza de las áreas críticas" (hospitalización de inmunodeprimidos, UCI, neonatos, quirófanos...)		X	6	Documentos: - normas y protocolos
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "limpieza de las áreas críticas" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.2 El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizado el proceso de "limpieza de las áreas no críticas".		X	6	Documentos: - normas y protocolos
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "limpieza de las áreas no críticas" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.3 El Hospital gestiona la eliminación de residuos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizada la “gestión de residuos” de tipo III y IV.		X	6	Documentos: - normas y protocolos
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de “gestión de residuos tipo III y IV” y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.4 El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El hospital tiene normalizadas "Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras".		X	6	Documentos: - normas y protocolos
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación de las "Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.5 El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El hospital tiene normalizadas las "Pautas Higiénicas para el bloque quirúrgico".		X	6	Documentos: - pautas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación de las "Pautas Higiénicas para el bloque quirúrgico" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.6 El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizado el proceso de “manipulación y almacenaje de la ropa”.		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de “manipulación y almacenaje de la ropa” y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento

OBJETIVO 6.7 El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizado el proceso de "limpieza, desinfección y esterilización del material clínico reutilizable".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo "limpieza, desinfección y esterilización del material clínico reutilizable" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal

OBJETIVO 7.1 El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizado el procedimiento del “lavado de manos rutinario y quirúrgico”		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de “lavado de manos rutinario y quirúrgico” y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal

OBJETIVO 7.2 El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de “protección del personal frente a riesgos biológicos: precauciones universales”.		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de “protección del personal frente a riesgos biológicos: precauciones universales” y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal

OBJETIVO 7.3 El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.1 El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.2 El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de una guía de "Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos" avalada por la comisión de infecciones".		X	6	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.3 El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Inserción y mantenimiento del catéter vesical".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Inserción y mantenimiento del catéter vesical" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.4 El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.5 El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Inserción y mantenimiento del catéter vascular central".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Inserción y mantenimiento del catéter vascular central" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.6 El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.7 El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "Inserción del tubo endotraqueal".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "Inserción del tubo endotraqueal" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO 8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes

OBJETIVO 8.8 El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizadas las medidas de "aislamiento de pacientes".		X	6	Documentos: - normas
NIVEL 2	El Hospital evalúa la aplicación del protocolo de "aislamiento de pacientes" y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS

OBJETIVO 1.1 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información del CMBD.		X	4	Identificación del responsable
NIVEL 2	El Hospital cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos del CMBD a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 3	La base de datos del CMBD cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 4	La base de datos comprende la totalidad de los registros, codificados o no, correspondientes a los usuarios atendidos en cada escenario de aplicación del CMBD (hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día).		X	9	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 5	La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados de acuerdo a la normativa vigente.		X	10	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS

OBJETIVO 1.2 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del SIAE.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un responsable directamente implicado en la recuperación de información y en la cumplimentación del SIAE.		X	4	Identificación del responsable
NIVEL 2	El Hospital cumple los plazos requeridos en el envío del fichero del SIAE a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 3	El fichero del SIAE cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.		X	9	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 4	El fichero presenta, para los datos exigidos según la normativa vigente, una completa cumplimentación.		X	10	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS

OBJETIVO 1.3 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera quirúrgica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la Lista de Espera Quirúrgica.		X	4	Identificación del responsable
NIVEL 2	El Hospital cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la Lista de Espera Quirúrgica a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 3	La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.		X	8	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 4	La base de datos comprende la totalidad de los registros, codificados o no, correspondiente a los usuarios incluidos tanto en el fichero de activos como en el de salidas, ajustados a las definiciones de la normativa vigente.		X	10	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS

OBJETIVO 1.4 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.		X	4	Identificación del responsable
NIVEL 2	El Hospital cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 3	La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.		X	8	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 4	La base de datos comprende la totalidad de los registros, correspondientes a los usuarios atendidos, incluidos tanto en el fichero de activos como en el de salidas, ajustados a las definiciones de la normativa vigente.		X	10	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 2. CALIDAD DE LOS DATOS

OBJETIVO 2.1 El Hospital mejora la calidad de los datos del CMBD.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica, para las variables clínicas, las normas publicadas a través de la Unidad Técnica de la CIE9MC y aprobadas por el Comité Técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 2	El Hospital cumple o supera el porcentaje de asignación correcta de GRD, en función de la normativa vigente.			6	Auditoria externa
NIVEL 3	El Hospital analiza la asignación de procesos asistenciales a los GRD definidos como inespecíficos.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - análisis - conclusiones
NIVEL 4	El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.			6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 5	El Hospital cumple o supera el porcentaje de codificación de la información clínica establecido por la normativa vigente.			6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 6	El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, trimestralmente, la información generada.			6	Documentos: - modelo y contenido del informe

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 7	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.			6	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 2. CALIDAD DE LOS DATOS

OBJETIVO 2.2 El Hospital mejora la calidad de los datos del SIAE.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital comprueba la concordancia de la información contenida en el SIAE con la reflejada en los ficheros del CMBD y de la lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 2	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 2. CALIDAD DE LOS DATOS

OBJETIVO 2.3 El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera quirúrgica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica, para las variables clínicas, las normas publicadas a través de la Unidad Técnica de la CIE9MC y aprobadas por el Comité Técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 2	El Hospital comprueba la concordancia en los datos registrados en el fichero de lista de espera quirúrgica, en los campos interrelacionados.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 3	La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 4	El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente a todos los registros donde su utilización sea aplicable.			6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 5	El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmente, la información generada.			6	Documentos: - modelo y contenido del informe
NIVEL 6	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 2. CALIDAD DE LOS DATOS

OBJETIVO 2.4 El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital comprueba la concordancia de la información contenida en el fichero de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias, con la reflejada en el fichero del SIAE.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 2	La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados.		X	6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 3	El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.			6	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario
NIVEL 4	El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmete, la información generada.			6	Documentos: - modelo y contenido del informe
NIVEL 5	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 3. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

OBJETIVO 3.1 El Hospital establece un CMBD de urgencias hospitalarias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de urgencias.			5	Identificación del responsable
NIVEL 2	El Hospital establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de urgencias.			10	Documentos: - metodología y circuitos
NIVEL 3	El Hospital aumenta progresivamente el porcentaje de codificación del CMBD de urgencias.			15	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 3. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

OBJETIVO 3.2 El Hospital establece un CMBD de consultas externas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de consultas externas.			5	Identificación del responsable
NIVEL 2	El Hospital establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de consultas externas.			10	Documentos: - metodología y circuitos
NIVEL 3	El Hospital aumenta progresivamente el porcentaje de codificación del CMBD de consultas externas.			15	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.1 El Hospital ajusta el número de consultas externas y pruebas diagnósticas ofertadas, de acuerdo con la demanda prevista.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital consensúa con Atención Primaria el pacto de oferta-demanda para consultas y pruebas diagnósticas, en el seno de la Comisión Paritaria (referido a las consultas y pruebas de acceso directo para Atención Primaria).		X	10	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 2	El Hospital analiza la demanda teniendo en cuenta los datos históricos, población, nuevos programas, lista de espera existente...		X	10	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 3	El Hospital planifica la oferta contemplando: - la demanda - las demoras perseguidas - los planes de trabajo de las distintas especialidades		X	20	Informe de la Comisión Paritaria

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.2 El Hospital traslada la citación de pacientes, en consultas externas y pruebas diagnósticas primeras a las que Atención Primaria tiene acceso directo, a los Centros de Salud (salvo las interconsultas entre especialistas, o las primeras consultas derivadas directamente desde una atención en el Servicio de Urgencias a la consulta del especialista).

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital traslada de forma progresiva la citación de pacientes a los Centros de Salud, hasta conseguir el 100% de lo delimitado en el presente objetivo.		%	20	Auditoría externa

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.3 El Hospital adopta, en consenso con Atención Primaria, pautas que sistematizan la actividad asistencial en consultas externas y pruebas diagnósticas.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital protocoliza de forma progresiva, junto con Atención Primaria -a través de la Comisión Paritaria-, los diez procesos más frecuentes en la derivación entre los dos niveles asistenciales, además de los procesos contenidos en los otros objetivos del Plan de Gestión.		X	10	Documentos: - protocolos
NIVEL 2	El Hospital implanta, junto con Atención Primaria -a través de la Comisión Paritaria-, los protocolos de derivación diseñados o adaptados en cada ejercicio.		X	15	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa, junto con Atención Primaria -a través de la Comisión Paritaria-, los protocolos de derivación implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo, junto con Atención Primaria -a través de la Comisión Paritaria-, las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.4 El Hospital concreta con Atención Primaria, a través de la Comisión Paritaria, el Plan de Formación y apoyo a la cirugía menor resuelta por Atención Primaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital define con Atención Primaria, a través de la Comisión Paritaria, la relación de procesos de cirugía menor que deben resolverse por Atención Primaria.		X	8	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 2	El Hospital -atendiendo a las necesidades de Atención Primaria- se compromete a un plan formativo relacionado con la resolución por aquella de la cirugía menor.		X	14	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 3	El Hospital concreta con Atención Primaria, a través de la Comisión Paritaria, el volumen de actividad (para cirugía menor) que se resolverá sin llegar a Atención Especializada.			8	Informe de la Comisión Paritaria

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.5 El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: solicitud de interconsulta desde Atención Primaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un documento normalizado y consensuado con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), para la solicitud de interconsulta desde Atención Primaria.		X	10	Documentos: - solicitud de interconsulta desde Atención Primaria
NIVEL 2	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) la utilización del documento referido, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	14	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.6 El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: comunicación previa al alta.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un documento normalizado y consensuado con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), para la comunicación por parte del especialista de la situación del paciente previa al alta en consultas externas.		X	8	Documentos: - comunicación previa al alta
NIVEL 2	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) la utilización del documento referido, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un documento de alta en consultas externas, normalizado y consensuado con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria)		X	10	Documentos: - alta
NIVEL 2	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) la utilización del documento referido, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un circuito consensuado con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), para aportar información al médico de familia sobre la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias.		X	8	Documentos: - circuito
NIVEL 2	El Hospital realiza un informe clínico de atención en el Servicio de Urgencias individualizado y legible, para cada uno de los pacientes atendidos. Su contenido incluye, al menos: - datos de filiación - hora de llegada y salida - antecedentes - motivo de la consulta - exploración física, tensión arterial, pulso y temperatura - exploraciones complementarias - medicación administrada - juicio diagnóstico - tratamiento - seguimiento tras el alta - identificación y firma del facultativo		X	10	Documentos: - manual de funcionamiento del Servicio de Urgencias, que incluye el contenido de este nivel
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) los informes de urgencias, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			14	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			14	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.9 El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria sin utilizar al usuario como mediador.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	Para cumplir los objetivos de una adecuada comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada, se usan canales que no utilizan al usuario como portador de documentación clínica.		X	20	Informe de la Comisión Paritaria.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1.10 El Hospital desplaza especialistas a los Centros de Salud.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital diseña junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) un programa de desplazamientos de especialistas a los Centros de Salud.		X	6	Documentos: - programa
NIVEL 2	El Hospital implanta de forma progresiva el programa de desplazamientos, hasta llegar a su total desarrollo.		X	10	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), los resultados de los desplazamientos implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora.			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 2. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS -TRAS EL ALTA HOSPITALARIA- ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

OBJETIVO 2.1 El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras el alta.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un sistema consensuado con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), para comunicar el alta hospitalaria de los pacientes, en las 24 primeras horas tras la misma, a través de la Unidad de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS).		X	15	Documentos: - sistema
NIVEL 2	El Hospital dispone de un sistema consensuado con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), para remitir los correspondientes informes de alta (médico, de enfermería, de trabajo social), en las 24 primeras horas tras la misma, a través de la UCASS.		X	15	Documentos: - sistema
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), el funcionamiento de los sistemas de comunicación de las altas hospitalarias y remisión de los correspondientes informes, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			15	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			15	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 3. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA EN EL HOSPITAL

OBJETIVO 3.1 El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras la cirugía ambulatoria realizada en el Hospital.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital protocoliza de forma progresiva junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), la continuidad de cuidados a prestar por ésta, tras la realización de cirugía ambulatoria por el Hospital. Se concretarán las pautas de respuesta ante la aparición de alguna de las incidencias más frecuentes, en los postoperatorios de dichos procedimientos quirúrgicos.		X	15	Documentos: - protocolos
NIVEL 2	El Hospital implanta junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) los protocolos diseñados o adaptados en cada ejercicio.		X	15	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) los protocolos implantados, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			15	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			15	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIOSANITARIA

OBJETIVO 4.1 El Hospital dispone de una Unidad de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS) para el abordaje integral y precoz de los pacientes con necesidades sociosanitarias, la adecuada gestión de casos y la continuidad de cuidados con Atención Primaria y los Servicios Sociales.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital dispone de una UCASS, y le asigna -bajo el liderazgo directo de un miembro del Equipo Directivo- los siguientes efectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trabajadores sociales - 1 responsable del Servicio de Atención al Usuario - auxiliares - azafatas del Servicio de Atención al Usuario - integrantes del Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos - unidad de hospitalización a domicilio (o estructuras similares donde existan) <p>(Esta agrupación funcional de efectivos será adaptada a la realidad y dimensión del Hospital).</p>		X	6	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la constitución de las UCASS
NIVEL 2	<p>El Hospital normaliza progresivamente las funciones de la UCASS, mediante el diseño de los oportunos protocolos y procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - detección precoz de situaciones de riesgo social al ingreso - valoración multiaxial del paciente geriátrico - detección precoz de situaciones de dependencia - plan de atención integral a la persona dependiente y a su cuidador (servicio de atención al cuidador familiar del paciente hospitalizado) - promoción de visitas conjuntas entre Atención Primaria y Atención Especializada - relaciones formales con Atención Primaria, Centros de Acción Social, Comisión Sociosanitaria Provincial... 		X	6	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - normas
NIVEL 3	<p>El Hospital diseña el sistema de información específico que permite una adecuada gestión de los pacientes incluidos en los programas.</p>			10	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuadro de mandos

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	El Hospital implanta los protocolos y procedimientos diseñados que normalizan las funciones de la UCASS.			10	Documentos: - protocolos
NIVEL 5	El Hospital evalúa los resultados de la aplicación de los protocolos y procedimientos implantados, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 6	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIOSANITARIA

OBJETIVO 4.2 El Hospital actúa sobre los pacientes con alta frecuentación en consultas externas hospitalarias (primeras y sucesivas).

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital detecta y pone en común trimestralmente con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), aquellos pacientes con una frecuentación elevada en las consultas externas hospitalarias, que podría disminuirse mediante una actuación conjunta.		X	12	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 2	El Hospital aplica junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) el plan de seguimiento y tratamiento tendente a reducir la frecuencia elevada detectada trimestralmente.			15	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) el plan de seguimiento y tratamiento aplicado, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIOSANITARIA

OBJETIVO 4.3 El Hospital actúa sobre los pacientes con reiterados procesos de hospitalización.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital detecta y pone en común trimestralmente con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), aquellos pacientes con reiterados procesos de hospitalización, que podrían reducirse mediante una actuación conjunta.		X	12	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 2	El Hospital aplica junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) el plan de seguimiento y tratamiento tendente a reducir la frecuencia elevada detectada trimestralmente.			15	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) el plan de seguimiento y tratamiento aplicado, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIOSANITARIA

OBJETIVO 4.4 El Hospital actúa sobre los pacientes con reiteradas asistencias en el Servicio de Urgencias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital detecta y pone en común trimestralmente con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria), aquellos pacientes con reiteradas asistencias en el Servicio de Urgencias, que podrían reducirse mediante una actuación conjunta.		X	12	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 2	El Hospital aplica junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) el plan de seguimiento y tratamiento tendente a reducir la frecuencia elevada detectada trimestralmente.			15	Informe de la Comisión Paritaria
NIVEL 3	El Hospital evalúa junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) el plan de seguimiento y tratamiento aplicado, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			12	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo junto con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe de la Comisión Paritaria en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES

PROCESO 5. EL HOSPITAL AVANZA EN LA INTERRELACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO 5.1 El Hospital establece foros de encuentro e interrelación con los profesionales de Atención Primaria

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital desarrolla, al menos, una sesión clínica mensual conjunta con Atención Primaria.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - calendario de las sesiones - contenido de las sesiones
NIVEL 2	El Hospital desarrolla, al menos, una interconsulta docente mensual conjunta con Atención Primaria.			14	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - calendario de las interconsultas - contenido de las interconsultas
NIVEL 3	El Hospital diseña y desarrolla un programa de rotación de los profesionales de Atención Primaria por el Hospital.			14	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - calendario de las rotaciones - contenido de las rotaciones

LÍNEA ESTRATÉGICA IX. SALUD LABORAL

PROCESO 1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBJETIVO 1.1 El Hospital, a través del Servicio de Prevención, identifica y evalúa los factores de riesgo.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, elabora de forma progresiva el Mapa de Riesgos de los diferentes puestos de trabajo atendiendo a la siguiente clasificación: - riesgos químicos - riesgos físicos - riesgos biológicos		X	20	Documentos: - Mapa de Riesgos: incluye el grado de riesgo del 100% de los puestos de trabajo
NIVEL 2	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, diseña, aplica y coordina los planes y programas de actuación preventiva correspondientes.		X	20	Informe firmado por el Gerente en el primer semestre, en el que detallen: - los planes - el proceso de aplicación y coordinación
NIVEL 3	El Hospital evalúa semestralmente, a través del Servicio de Prevención, los planes y programas de actuación preventiva y su Mapa de Riesgos, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	semestralmente
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo a través del Servicio de Prevención las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA IX. SALUD LABORAL

PROCESO 1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBJETIVO 1.2 El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan para la vigilancia y control de sus trabajadores.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital, a través del Servicio de Prevención, planifica y lleva a</p> <ul style="list-style-type: none"> - una evaluación de la salud de los trabajadores después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud - una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud - exámenes de salud a intervalos periódicos <p>Los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínica laboral, que deberá contener como mínimo los datos a que hace referencia el artículo 37.3 c del Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997).</p>		X	20	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planificación (que está elaborada en el primer cuatrimestre del año) <p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de trabajadores evaluados en cada una de las situaciones
NIVEL 2	<p>El Hospital, a través del Servicio de Prevención, monitoriza las enfermedades que se producen entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de la enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo. Se realizan estudios epidemiológicos sobre el absentismo tanto por contingencias comunes como laborales. Se crea un registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.</p>			20	<p>Cuadro de mandos relacionado con el absentismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - por causa - por categoría - por puestos de trabajo
NIVEL 3	<p>El Hospital, a través del Servicio de Prevención, y con criterios epidemiológicos, investiga y analiza las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud. Propone medidas encaminadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo.</p>			20	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los resultados epidemiológicos

LÍNEA ESTRATÉGICA IX. SALUD LABORAL

PROCESO 1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBJETIVO 1.3 El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo actuaciones específicas sanitarias para sus trabajadores.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, implanta el sistema de vigilancia del ambiente de trabajo, evaluando las medidas de control en relación con óxido de etileno, gases anestésicos, formaldehído, citotóxicos, radiaciones...		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el calendario de actuaciones - los informes de revisión
NIVEL 2	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, tiene elaborados e implantados protocolos específicos sobre: - gestión de residuos - medidas de protección frente a agentes tóxicos, infecciosos y cancerígenos - radiaciones - medidas de protección frente a inoculaciones accidentales - medidas de protección de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente			10	Documentos: - protocolos elaborados Informe firmado por el Gerente Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, efectúa consultas relacionadas con la actividad laboral y adecuación al puesto de trabajo, y consultas por accidente de trabajo y enfermedad profesional.			10	Documentos: - agendas de trabajo - indicadores de actividad
NIVEL 4	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, elabora y aplica un calendario anual de vacunación y profilaxis pasiva para: Hepatitis B, Antigripal, Tétanos...			10	Documentos: - calendario de actuaciones - % de personal tratado

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 5	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, evalúa las actuaciones específicas reseñadas en los niveles anteriores, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 6	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA IX. SALUD LABORAL

PROCESO 1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBJETIVO 1.4 El Servicio de Prevención elabora la memoria anual de sus actividades.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Servicio de Prevención elabora la memoria anual de sus actividades, que envía para su conocimiento e informe al Comité de Seguridad y Salud Laboral.		X	30	Documentos: - memoria

LÍNEA ESTRATÉGICA X. SERVICIOS DE URGENCIAS

PROCESO 1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVO 1.1 El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Servicio de Urgencias funciona con los criterios establecidos en su manual de organización y funcionamiento.</p> <p>Este documento recoge los principales aspectos de organización interna, así como los correspondientes a la coordinación con el resto de la estructura hospitalaria, con los hospitales de referencia, con Atención Primaria y con Emergencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organigrama, responsabilidades y funciones del personal - registro de pacientes (datos de filiación, hora de entrada, hora de atención...) - información a pacientes y/o allegados - traslado y alta de pacientes - cuidados a menores de edad y a pacientes inconscientes que acuden sin acompañante - actuación ante negativas a tratamientos vitales - partes de incidencias de urgencias - manejo y custodia de las pertenencias de los enfermos - control de la circulación interna de los pacientes - ubicación y almacenamiento de medicamentos, suministros y equipos - etc. <p>El manual está aprobado por la Comisión Central de Garantía de la Calidad y por la Comisión Paritaria.</p>		X	30	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manual de organización y funcionamiento
NIVEL 2	<p>El Servicio de Urgencia evalúa los resultados de la aplicación de su manual de organización y funcionamiento y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			10	<p>Informe firmado por el Gerente en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 3	El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA X. SERVICIOS DE URGENCIAS

PROCESO 2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES

OBJETIVO 2.1 El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Servicio de Urgencias cuenta con una norma escrita en la que se especifica el proceso de valoración inicial y clasificación de pacientes que funciona, al menos, cuando la presión asistencial lo requiere. Dicha norma debe reflejar: quién realiza la clasificación, los procedimientos relacionados...		X	30	Documentos: - descripción del sistema
NIVEL 2	El Servicio de Urgencias evalúa los resultados de la aplicación del sistema de clasificación y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA X. SERVICIOS DE URGENCIAS

PROCESO 3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO 3.1 El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos .

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Servicio de Urgencias define o adapta de forma progresiva la gestión de todos los procesos asistenciales que se reflejan a continuación.</p> <p>Esta protocolización se realiza de modo consensuado entre los diferentes profesionales que intervienen en cada proceso.</p> <p>Se incluyen los correspondientes planes de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - traumatismo craneoencefálico - politraumatismo - síndrome coronario agudo. Infarto agudo de miocardio y angina de pecho - reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en niños y adultos - coma - tromboembolismo arterial y venoso - accidente cerebrovascular agudo - hemorragia digestiva alta - alteraciones del equilibrio ácido base e hidroelectrolítico - deshidratación y síndrome febril en el niño 		X	7	Documentos: - guía de procesos
NIVEL 2	El Servicio de Urgencias implanta la gestión de los procesos asistenciales definidos o adaptados en cada ejercicio.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Servicio de Urgencias evalúa la gestión de los procesos asistenciales implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 4	El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA X. SERVICIOS DE URGENCIAS

PROCESO 3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO 3.2 El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Servicio de Urgencias identifica los procesos asistenciales más frecuentes, compartidos con Atención Primaria y Emergencias, respecto de los cuales se pretende la normalización. La relación de procesos asistenciales contará con el consenso de Atención Primaria y Emergencias.		X	1	Documentos: - relación de procesos
NIVEL 2	El Servicio de Urgencias define o adapta la gestión de los procesos asistenciales identificados, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo. Para cada proceso asistencial definido se identifica el responsable de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.		X	6	Documentos: - guía de procesos
NIVEL 3	El Servicio de Urgencias implanta la gestión de los procesos asistenciales definidos o adaptados en cada ejercicio.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 4	El Servicio de Urgencias evalúa la gestión de los procesos asistenciales implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 5	El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA X. SERVICIOS DE URGENCIAS

PROCESO 4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD

OBJETIVO 4.1 El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Servicio de Urgencias recoge la información relacionada con el tiempo de permanencia de los pacientes en sus dependencias.		X	10	Documentos: - cuadro de mandos
NIVEL 2	El Servicio de Urgencias evalúa y analiza la información recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	15	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, tomando en consideración las siguientes referencias: 1º. tiempo de clasificación: menor de 5 minutos 2º. tiempo de primera respuesta facultativa: - emergencias: respuesta inmediata - urgencias verdaderas no críticas: menor de 15 minutos - urgencias demorables o ambulatorias: menor de 30 minutos - no urgencias: menor de 120 minutos 3º. tiempo máximo en área general: 8 horas 4º. tiempo máximo de estancia en camas de observación: 24 horas			25	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.1 Mejora en la asistencia del cáncer del pulmón.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer de pulmón.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer de pulmón.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer de pulmón y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.2 Mejora en la asistencia del cáncer de mama.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer de mama.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer de mama.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer de mama y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.3 Mejora en la asistencia del cáncer de piel.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer de piel.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer de piel.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer de piel y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.4 Mejora en la asistencia del cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico) y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.5 Mejora en la asistencia del cáncer de cérvix uterino.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer de cérvix uterino.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer de cérvix uterino.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer de cérvix uterino y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.6 Mejora en la asistencia del cáncer de próstata.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer de próstata.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer de próstata.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer de próstata y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.7 Mejora en la asistencia del cáncer hematológico.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el cáncer hematológico.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el cáncer hematológico.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el cáncer hematológico y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.8 Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el manejo de síntomas.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el manejo de síntomas.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el manejo de síntomas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.9 Consejo genético en cáncer de mama y ovario.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el Consejo Genético en cáncer de mama y ovario.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el Consejo Genético en cáncer de mama y ovario.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el Consejo Genético en cáncer de mama y ovario y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 1. GUÍAS CLÍNICAS

OBJETIVO 1.10 Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta la guía elaborada por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre el plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.		X	2	Documentos: - guía
NIVEL 2	El Hospital implanta la guía adaptada sobre el plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa la implantación de la guía adaptada sobre el plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades detectadas de mejora en la implantación.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER

PROCESO 2. ACCESIBILIDAD

OBJETIVO 2.1 Reducción de los tiempos de espera para el diagnóstico de sospecha de cáncer y tratamiento oportuno.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital gestiona las agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas, de modo que se garantizan los tiempos máximos de respuesta comprometidos para la confirmación diagnóstica (10 días).		X	20	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las medidas de gestión de agendas que garantizan los plazos.
NIVEL 2	El Hospital gestiona la lista de espera y programación quirúrgicas y los procedimientos terapéuticos implicados, de modo que se garantizan los tiempos máximos de inicio del tratamiento (30 días), desde la derivación para la confirmación diagnóstica.		X	20	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las medidas de gestión de la lista de espera quirúrgica que garantizan los plazos
NIVEL 3	El Hospital evalúa el cumplimiento de los tiempos máximos de respuesta (en confirmación diagnóstica y tratamiento), y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			14	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas - acciones precisas - plazos - responsables

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.1 Programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica el programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 2	El Hospital evalúa el programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.2 Programa de prevención de trastornos de ansiedad y depresión.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica el programa de prevención de los trastornos de ansiedad y depresión.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 2	El Hospital evalúa el programa de prevención de los trastornos de ansiedad y depresión y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.3 Programa de prevención de la conducta suicida.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica el programa de prevención de la conducta suicida.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 2	El Hospital evalúa el programa de prevención de la conducta suicida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.4 Programa de prevención del deterioro cognitivo y pérdida de memoria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica el programa de prevención del deterioro cognitivo y pérdida de memoria.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 2	El Hospital evalúa el programa de prevención del deterioro cognitivo y pérdida de memoria y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.5 Programa de prevención del alcoholismo.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital aplica el programa de prevención del alcoholismo.		X	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 2	El Hospital evalúa el programa de prevención del alcoholismo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.6 Programa de prevención específico a iniciativa del propio Hospital, en consenso con Atención Primaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital diseña en coordinación con Atención Primaria un "programa específico" de promoción y prevención, de especial relevancia en el área.		X	2	Documentos: - programa
NIVEL 2	El Hospital aplica el "programa específico" en consenso con Atención Primaria.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación
NIVEL 3	El Hospital evalúa el "programa específico" en consenso con Atención Primaria y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			3	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 1.7 Participación en programas experimentales o de investigación-acción.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital participa, a lo largo del periodo 2003-2005, en alguno de los programas experimentales o de investigación-acción impulsados desde la Dirección Técnica de Atención Especializada. Para el año 2003: Programa SUPRA-MISS.			3	Evaluación realizada desde el Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección Técnica de Atención Especializada.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 2. CARTERA DE SERVICIOS

OBJETIVO 2.1 Atención psiquiátrica infanto-juvenil.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital dispone de un programa o recurso específico ambulatorio para la atención a menores de 18 años.		X	3	Informe firmado por el Gerente en que se especifican: - programa o recurso
NIVEL 2	El Hospital tiene reglada la hospitalización e interconsultas de pacientes psiquiátricos menores de 18 años.			3	Documentos: - norma
NIVEL 3	El Hospital aborda la atención psiquiátrica infanto-juvenil mediante grupos de trabajo (de reuniones, al menos, trimestrales) con: - Pediatría - sistema de atención a menores - equipos psicopedagógicos - servicios sociales - unidad de referencia psiquiátrica - otros			3	Actas correspondientes

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 2. CARTERA DE SERVICIOS

OBJETIVO 2.2 Dispositivos intermedios de asistencia psiquiátrica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital General implanta en la Unidad de Psiquiatría un Hospital de Día o un Programa de Hospitalización parcial.			8	Auditoría externa

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 2. CARTERA DE SERVICIOS

OBJETIVO 2.3 Desplazamiento de especialistas de salud mental a Centros de Salud.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital describe en coordinación con Atención Primaria (a través de la Comisión Paritaria) un programa de desplazamientos.		X	3	Documentos: - programa
NIVEL 2	El Hospital implanta de forma progresiva el programa de desplazamientos descrito.			5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

OBJETIVO 3.1 Continuidad de cuidados de la enfermedad mental grave y prolongada.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta el programa de gestión de casos, tomando en consideración a Atención Primaria y Servicios Sociales, y garantiza su conocimiento por todos los profesionales implicados.		X	2	Documentos: - programa Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - proceso de difusión del programa
NIVEL 2	El Hospital implanta progresivamente el programa de gestión de casos, hasta llegar al 100% de los Equipos de Salud Mental y al 100% de los casos susceptibles.		%	6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital implanta un registro acumulativo de casos en enfermedades mentales graves y prolongadas, que permite el seguimiento clínico. (El modelo de registro se aportará desde la Dirección General de Desarrollo Sanitario).			6	Auditoría externa
NIVEL 4	La gestión de la actividad ambulatoria incorporada a las agendas de Atención Especializada, permite dar respuesta a las diferentes prioridades.			6	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las medidas de gestión de agendas

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 4. SALUD MENTAL COMUNITARIA

OBJETIVO 4.1 Coordinación con Atención Primaria.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital elabora o adapta los protocolos de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada: - para 2003: protocolo de derivación entre niveles.		X	2	Documentos: - protocolo ajustado a las directrices establecidas por el Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección Técnica de Atención Especializada.
NIVEL 2	El Hospital implanta los protocolos de coordinación elaborados o adaptados en el ejercicio.		X	4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa los protocolos de coordinación implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			2	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			2	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 4. SALUD MENTAL COMUNITARIA

OBJETIVO 4.2 Atención psicogerítrica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital diseña un programa de atención psicogerítrica, que incluye: - desplazamientos a instituciones geriátricas - atención a la demencia - etc.		X	2	Documentos: - programa
NIVEL 2	El Hospital implanta el programa diseñado.		X	4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 3	El Hospital evalúa el programa implantado y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			2	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			2	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 5. CALIDAD

OBJETIVO 5.1 Impulso a la calidad en la asistencia psiquiátrica.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital adapta sus dispositivos de atención psiquiátrica a las guías de funcionamiento de los dispositivos de asistencia psiquiátrica de Sacyl.		X	8	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - la adaptación de los dispositivos
NIVEL 2	El Hospital elabora o adapta el mapa de los procesos más frecuentes, correspondientes a los dispositivos de asistencia psiquiátrica de que dispone.		X	5	Documentos: - mapa de procesos
NIVEL 3	El Hospital define de forma progresiva los procesos que integran su mapa: responsables, actividades...			5	Documentos: - definiciones
NIVEL 4	El Hospital implanta los procesos definidos en el ejercicio.			7	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de implantación
NIVEL 5	El Hospital evalúa los resultados de los procesos implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 6	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			4	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones previas - plazos - responsables

En este objetivo sólo es preciso acreditar ("criterios de valoración") el mayor nivel alcanzado por el Hospital.

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 6. FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

OBJETIVO 6.1 Integración funcional de la salud mental del Área.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital garantiza que, tras el alta hospitalaria, el paciente puede ser atendido por el Equipo de Salud Mental, antes de 72 horas, si es preciso.		X	5	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las medidas de gestión de agendas que garantizan los plazos.
NIVEL 2	El Hospital dispone de un protocolo de derivación con el Equipo de Salud Mental.		X	3	Documentos: - protocolo
NIVEL 3	El Hospital se integra y participa en el Comité Provincial de Salud Mental, integrado al menos por: - el Gerente de Salud de Área - los Gerentes de los Hospitales de Área - el Jefe de Servicio de Psiquiatría - los responsables de los diferentes dispositivos de asistencia psiquiátrica del Área. En este Comité se plantean, analizan y resuelven los casos dificultosos y los problemas entre dispositivos asistenciales.		X	3	Actas del Comité

LÍNEA ESTRATÉGICA XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

PROCESO 6. FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

OBJETIVO 6.2 Asistencia psiquiátrica urgente.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	<p>El Hospital dispone de un manual de organización escrito de atención psiquiátrica urgente para el Área de Salud que contenga al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - responsabilidad de los Equipos de Salud Mental - atención urgente en el Hospital de 8:00 a 15:00 horas - proceso de ingreso involuntario - proceso de información y obtención del consentimiento informado - integración de todos los profesionales de Área de Salud - protocolo de derivación a dispositivos 		X	5	Documentos: - manual
NIVEL 2	<p>El Hospital elabora, consensúa y difunde entre los profesionales de salud del Área una guía de actuación ante las situaciones que requieren atención urgente y/o traslado involuntario de personas con enfermedad mental.</p>			5	Documentos: - guías

LÍNEA ESTRATÉGICA XIII. ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

PROCESO 1. APLICACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

OBJETIVO 1.1 El Hospital aplica la analgesia epidural en el parto, en el 100% de las gestantes susceptibles de recibirla.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital tiene normalizado el procedimiento de oferta de la técnica analgésica durante la gestación.		X	9	Documentos: - procedimiento
NIVEL 2	El Hospital tiene normalizado el procedimiento de oferta de la técnica analgésica, en el momento del ingreso hospitalario o durante el periodo de dilatación.		X	9	Documentos: - procedimiento
NIVEL 3	El Hospital tiene diseñado un sistema de registro específico en el área de paritorio, y definidas las responsabilidades de cumplimentación y obtención de la información.		X	9	Documentos: - registro - definición de responsabilidades
NIVEL 4	El Hospital aplica las normas que regulan la oferta de la técnica analgésica e implanta el sistema de registro específico.		X	13	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de aplicación e implantación
NIVEL 5	El Hospital analiza la información derivada del registro específico y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	9	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 6	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas (reducción progresiva de situaciones en las que no oferta la analgesia epidural en el parto por razones organizativas).		X	9	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables
NIVEL 7	El Hospital aplica de forma progresiva la analgesia epidural en el parto hasta alcanzar el 100% en las situaciones susceptibles de recibirla.		%	42	Sistema de información específico, establecido por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

LÍNEA ESTRATÉGICA XIV. HIPOACUSIA INFANTIL

PROCESO 1. DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA

OBJETIVO 1.1 El Hospital implanta el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	El Hospital ha designado a un especialista en ORL como coordinador del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil para desarrollar las funciones contempladas en el mismo.		X	5	Identificación del profesional
NIVEL 2	El Hospital ha designado a un Coordinador de la fase de cribado, para desarrollar las funciones contempladas en el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.		X	5	Identificación del profesional
NIVEL 3	(Para todos los Hospitales) El Hospital desarrolla la fase de cribado del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.		X	10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de desarrollo
NIVEL 4	(Para todos los Hospitales) El Hospital evalúa la realización de la fase de cribado del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 5	(Para todos los Hospitales) El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

NIVEL	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN DE PARTIDA	OBJETIVO 2003	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 6	(Sólo Hospitales autorizados) El Hospital desarrolla la primera fase del diagnóstico audiológico del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de desarrollo
NIVEL 7	(Sólo Hospitales autorizados) El Hospital evalúa la realización de la primera fase del diagnóstico audiológico del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 8	(Sólo Hospitales autorizados) El Hospital lleva a cabo las acciones precisas, para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables
NIVEL 9	(Sólo Hospitales autorizados) El Hospital desarrolla la segunda fase del diagnóstico audiológico del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el proceso de desarrollo
NIVEL 10	(Sólo Hospitales autorizados) El Hospital evalúa la realización de la segunda fase del diagnóstico audiológico del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas
NIVEL 11	(Sólo Hospitales autorizados) El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			10	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables