



versión digital  
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha  
Hospital Provincial  
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

*Unidad de Calidad*  
[www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com)

# NuevoHospital

Vol. IV - Nº 14 - Año 2004 - Nº edición: 72

Publicado el 22 de marzo de 2004

## PLAN DE GESTIÓN 2004

### Nota:

Los objetivos marcados son los señalados desde la Gerencia Regional.  
Cada responsable de objetivo debe conocer el nivel real pactado.

NuevoHospital  
**Unidad de Calidad**  
Hospital Virgen de la Concha  
Avda. Requejo 35  
49022 Zamora  
Tfno. 980 548 200  
[www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com)

**Periodicidad:** irregular  
**Editor:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad  
**Coordinación Editorial:** Rafael López Iglesias (Director Gerente)  
**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.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>2. OBJETIVOS INSTITUCIONALES .....</b>	<b>4</b>
<b>3. CRITERIOS GENERALES.....</b>	<b>6</b>
<b>4. ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 ESTRUCTURA DE LOS CENTROS .....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>11</b>
<b>A.- OBJETIVOS ANUALES .....</b>	<b>12</b>
A.1 DE ACTIVIDAD .....	<b>13</b>
A.2 DE DEMORA .....	<b>17</b>
A.3 DE CUMPLIMIENTO DE PREVISIÓN DE GASTO .....	<b>20</b>
A.4 NUEVAS ACCIONES.....	<b>22</b>
<b>B.- OBJETIVOS PLURIANUALES.....</b>	<b>23</b>
I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN.....	<b>26</b>
II. ORIENTACIÓN AL USUARIO.....	<b>27</b>
III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS.....	<b>41</b>
IV. ESTRUCTURA Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE CALIDAD.....	<b>57</b>
V. FARMACIA.....	<b>62</b>
VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	<b>65</b>
VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA.....	<b>69</b>
<b>C.- OBJETIVOS DE ÁREA.....</b>	<b>76</b>
C.1 INCAPACIDAD TEMPORAL.....	<b>77</b>
C.2 LISTAS DE ESPERA .....	<b>78</b>
C.3 FARMACIA.....	<b>79</b>
<b>ANEXOS:</b>	
<b>A- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>81</b>
<b>B- GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>85</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

El Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León establece que la misma elaborará y desarrollará un Plan Anual de Gestión en los ámbitos de Atención Primaria y de Atención Especializada de Salud. Dicho Plan tendrá como fin la optimización de los recursos disponibles y la mejora continua de la calidad de cara al cumplimiento de los objetivos previstos en el Plan de Salud de Castilla y León y aquellos otros que se establezcan por parte de la Junta de Castilla y León y de la Consejería de Sanidad.

La Orden de 27 de Diciembre de 2001, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Centrales de la Gerencia Regional de Salud contempla la creación de una Dirección General de Asistencia Sanitaria que aglutina la gestión de atención primaria y de atención especializada. Esta organización ha supuesto un importante paso adelante dentro de una visión global de la asistencia sanitaria y ha contribuido a eliminar la percepción de un sistema sanitario fraccionado en dos niveles con objetivos a veces contrapuestos.

En el año 2003 se introdujo una importante modificación del Plan de Gestión, que consistió en enmarcar el mismo dentro de un proyecto de planificación estratégica a varios años. Este procedimiento se adapta a las técnicas de planificación de la Junta de Castilla y León, ya que se plantean unos objetivos a medio y largo plazo, y unas metas a alcanzar en cada ejercicio, teniendo en cuenta los logros alcanzados en el ejercicio anterior. Por otra parte, permite la incorporación de nuevos objetivos dentro del marco general de planificación, a medida que se van planteando nuevas necesidades.

Para la elaboración del Plan de Gestión 2004 se han tenido en cuenta tanto la experiencia acumulada durante el año 2003, como las diversas propuestas procedentes de la Dirección General de Asistencia, de los Servicios Periféricos y de otras Direcciones Generales de la Gerencia Regional de Salud. Además, era preciso dar cabida a los nuevos compromisos institucionales en materia de salud y profundizar en la continuidad del proceso asistencial, mediante el establecimiento de objetivos que comprometan a los dos niveles asistenciales sobre los cuales el Gerente de Salud de Área es el máximo responsable en el ámbito periférico.

La estructura del Plan de Gestión se ha modificado ligeramente, separando en anexos la metodología de evaluación del Plan Anual 2004 y el glosario de términos relacionados con la estructura del Centro, los objetivos anuales y plurianuales. En cuanto a los objetivos plurianuales, se han revisado, sintetizado y reestructurado, eliminando las Líneas Estratégicas correspondientes al seguimiento de la Analgesia Epidural y la Hipoacusia Infantil (cuyos objetivos anuales pasan a formar parte de los indicadores de actividad), y añadiendo una Línea para el Plan de Reducción de Listas de Espera.

## 2. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Para la presente legislatura se han marcado seis compromisos básicos para la Sanidad como elemento esencial que garantiza la calidad de vida de los ciudadanos de la Comunidad Autónoma. Nuestro sistema sanitario se debe definir por las siguientes características:

1. Autosuficiente.
2. Accesible.
3. De calidad.
4. Participativo.
5. Garante de la Salud Pública.
6. Innovador.

Estos compromisos se desarrollan en el Plan de Gestión en una serie de actuaciones:

- Para conseguir un sistema más AUTOSUCIFIENTE: mejorar la atención a pacientes con cáncer y pacientes psiquiátricos, la detección precoz de la hipoacusia infantil e incrementar la cobertura en la analgesia obstétrica.

- Para mejorar la ACCESIBILIDAD al sistema: desarrollo de un modelo de Atención para las Áreas Periféricas, aumentando las consultas de médicos especialistas en centros de salud, aprobación y desarrollo del Plan de Reducción de Listas de Espera.

- Para lograr una mayor CALIDAD: impulso de los proyectos de mejora continua de la calidad, diseño de un sistema integrado de información que sirva para una planificación integral, para la evaluación y la toma de decisiones y para el apoyo a la investigación.

- Para alcanzar un sistema PARTICIPATIVO: aumentar la autonomía de gestión y la descentralización de la toma de decisiones en los hospitales, incrementando la implicación de los profesionales en el funcionamiento de los centros e impulsando la participación de los ciudadanos.

- Para GARANTIZAR LA SALUD PÚBLICA: mejora de la oferta de servicios relacionados con las Estrategias Regionales sobre Cáncer, Salud Mental y Enfermedades Cardiovasculares.

- En cuanto a la INNOVACIÓN: aprovechar las nuevas tecnologías para mejorar nuestra atención facilitando la cita previa en los centros de salud y en los hospitales.

Estas actuaciones forman parte de una estrategia diseñada para los próximos años que permitirá, no sólo mantener y mejorar el sistema sanitario actual, sino conseguir una mayor flexibilidad que permita su adaptación a las nuevas necesidades de salud y a las legítimas expectativas de nuestros ciudadanos.

## 3. CRITERIOS GENERALES

Con el Plan de Gestión 2004 se avanza en el proyecto de mejora continua iniciado el año anterior. Se trata en consecuencia de conseguir, a través del Plan de Gestión, un nivel óptimo de calidad a todos los Centros.

Ello permite un desarrollo más ambicioso de cada Hospital, en función de la situación de partida, del impulso que logre dar y de la capacidad de canalizar adecuadamente los conocimientos y las actitudes de sus profesionales.

### 3. 1 ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

El Plan de Gestión 2004 se organiza en diversos apartados. En el primero, se señala la estructura de los centros en cuanto a recursos físicos, de equipamiento, cartera de servicios y recursos humanos relacionados con la docencia pre y postgraduada. En el segundo, se formulan los objetivos específicos: anuales, plurianuales y de área. En el tercero, se contemplan dos anexos: metodología de evaluación y el glosario de términos.

Los **Objetivos Anuales** son aquellos cuyo inicio y fin se circunscribe al año 2004 y cuya valoración se realiza a través de una serie de indicadores de actividad y de demoras, incluyéndose además el cumplimiento de previsión de gasto del Plan para el ejercicio, así como las nuevas acciones.

Los **Objetivos Plurianuales**, cuyo logro se plantea de forma continuada y progresiva para los años 2003 a 2007, se enmarcan dentro de 7 Líneas Estratégicas:

- I. Despliegue del Plan de Gestión.
- II. Orientación al usuario.
- III. Gestión correcta de los recursos.
- IV. Estructura y herramientas de mejora de calidad.
- V. Farmacia.
- VI. Sistemas de información.
- VII. Plan de reducción de listas de espera.

En este segundo grupo de objetivos se concretan una serie de líneas estratégicas, cada una de ellas está integrada por una serie de procesos y para cada proceso, a su vez, se formulan una serie de objetivos. Cada objetivo se describe a través de una serie de actuaciones de creciente dificultad. Estas actuaciones progresivas se estructuran con la metodología del ciclo de mejora continua de la calidad, que caracteriza en consecuencia a todo el Plan de Gestión.

Los **Objetivos de Área**, se refieren a los procesos de gestión de la incapacidad temporal, de las consultas de especialidades y técnicas diagnósticas y de farmacia. Implican a todos los Centros de gestión adscritos al área y las actividades a desarrollar para alcanzar estos objetivos serán diseñadas y evaluadas por cada Gerente de Área. Los logros alcanzados en este grupo de objetivos tienen reflejo en la evaluación de las gerencias de atención especializada.

## **3.2 METODOLOGÍA DE DESARROLLO Y VALORACIÓN**

Cada Hospital cerrará un acuerdo, donde se fijan los objetivos a alcanzar, con la Gerencia Regional de Salud, tras un proceso negociador. Dichos objetivos serán como mínimo los conseguidos el año anterior.

### **3.2.1 ACREDITACIÓN DEL LOGRO:**

#### **- Objetivos Anuales:**

La acreditación se realizará a través de la información de los registros de los subsistemas de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), de Lista de Espera de Consultas y Técnicas Diagnósticas (LECYT), del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) y del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD).

#### **- Objetivos Plurianuales:**

Para cada una de las actuaciones de un objetivo, se establecen los criterios de valoración, es decir, el modo en que el Hospital debe acreditar su logro.

Dado el carácter progresivo de las actuaciones que integran un objetivo, en algunas de ellas sólo será preciso acreditar el grado más alto conseguido (se especifica al pie de cada objetivo).

#### **- Objetivos de Área:**

La acreditación del logro alcanzado en cada objetivo se realiza del modo indicado en los criterios de valoración. El Gerente de Salud de Área es el responsable de evaluar las actuaciones y objetivos comprometidos para cada uno de los Centros de gestión y de emitir un informe sobre su grado de cumplimiento.

### **3.2.2 VALORACIÓN DEL LOGRO:**

El logro alcanzado en los objetivos pactados del Plan puede ser excelente, adecuado o insuficiente, en función del grado en que son conseguidos.

(ver Anexo A- Metodología de la Evaluación).

## **4. ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN**

## 4.1 ESTRUCTURA DE LOS CENTROS

### 4.1.1 ESTRUCTURA FÍSICA *(ver Glosario, pág 85)*

<i>Descripción</i>	<i>Número</i>	<i>Descripción</i>	<i>Número</i>
Camas instaladas	412	Puestos de hospital de día:	22
Camas en funcionamiento de agudos	412	Onco-hematológica	12
Camas en funcionamiento de media-larga estancia	0	SIDA	0
Quirófanos programados funcionantes	7	Geriátrico	0
Locales de consulta médica	69	Psiquiátrico	8
		General	2

### 4.1.2 EQUIPAMIENTO *(ver Glosario, pág 86)*

<i>Descripción</i>	<i>Número</i>	<i>Descripción</i>	<i>Número</i>
Acelerador lineal		Gammacámara	
Angiógrafo digital		Mamógrafo	2
Angiógrafo no digital		Planificador	
Arco multifuncional de Rx	3	RM	
Densitómetro óseo		Sala convencional de Rx	6
Ecógrafos en otro servicio	11	Sala hemodinámica	
Ecógrafos en Rx	4	Simulador	
Equipo de braquiterapia alta tasa		TC convencional	
Equipo de braquiterapia baja tasa		TC helicoidal	2
Equipo de cobaltoterapia		Telemando Rx	6
Equipo de radiocirugía			

### 4.1.3 ESPECIALIDADES MÉDICAS *(ver Glosario, pág 86)*

<i>Descripción</i>	<i>Número</i>	<i>Descripción</i>	<i>Número</i>
Admisión – Documentación Clínica	1	Medicina Interna	3
Alergología	1	Medicina Legal y Forense	-
Análisis Clínicos	3	Medicina Nuclear	-
Anatomía Patológica	2	M. Preventiva y Salud Pública	1
Anestesia y Reanimación	2	Medicina del Trabajo	1
Angiología y Cirugía Vasculat	-	Microbiología y Parasitología	1
Aparato Digestivo	1	Nefrología	1
Bioquímica Clínica	-	Neumología	1
Cardiología	1	Neurocirugía	-
Cirugía Cardiovascular	-	Neurofisiología Clínica	1
Cirugía General y Ap. Digestivo	3	Neurología	1
Cirugía Maxilofacial	--	Obstetricia y Ginecología	2
Cirugía Pediátrica	-	Oftalmología	2
Cirugía Plástica y Reparadora	-	Oncología Médica	1
Cirugía Torácica	-	Oncología Radioterapia	-
Dermatología Medicoquirúrgica	1	Otorrinolaringología	1
Endocrinología y Nutrición	1	Pediatría	1
Estomatología	-	Psiquiatría	1
Farmacia Hospitalaria	2	Radiodiagnóstico	2
Farmacología Clínica	-	Rehabilitación	3
Geriatría	-	Reumatología	1
Hematología y Hemoterapia	1	Traumatología y C. Ortopédica	1
Inmunología	-	Urgencias	2
Medicina Intensiva	1	Urología	1

#### 4.1.4 ESTRUCTURA RELACIONADA CON LA DOCENCIA

<i>DOCENCIA PREGRADO</i>		<i>DOCENCIA POSGRADO</i>	
Profesores asociados (medicina)		MIR primer año	4
Profesores vinculados (medicina)		MIR segundo año	3
Profesores asociados (enfermería / fisioterapia)	9	MIR tercer año	2
Profesores vinculados (enfermería / fisioterapia)		MIR cuarto año	2
		MIR quinto año	<b>2</b>

## **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

## **A.- OBJETIVOS ANUALES**

## A.1 DE ACTIVIDAD

### A.1.1 ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

<b>INDICADORES</b> <i>(ver Glosario, pág 86)</i>	<b>OBJETIVO</b>
Nº altas de agudos	16800
Nº altas de media-larga estancia	260
<b>HOSPITAL DE AGUDOS</b>	
Estancia media global con extremos	7,5
IEMA centro2003	1
IEMA grupo	1
Peso medio	1,45
Estancia media preoperatoria	1,04
<b>HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA</b>	
Estancia media global con extremos	25
Peso medio	1,35

<b>INDICADORES</b> <i>(ver Glosario, pág 87)</i>	<b>OBJETIVO</b>
<b>EXTRACCIONES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS</b>	
Extracción renal	
Extracción multiorgánica	4
Extracción multitejidos	
Extracción renal + multitejidos	
Extracción multiorgánica + multitejidos	
<b>TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS</b>	
Nº altas de trasplante cardiaco	
Nº altas de trasplante de córnea	
Nº altas de trasplante renal	
Nº altas de trasplante hepático	
Nº altas de trasplante de pulmón	
Nº altas de trasplante de médula ósea alogénico	
Nº altas de trasplante de médula ósea autólogo	
<b>ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO</b>	
% De analgesia epidural efectivamente realizada	55%
<b>DETECCIÓN DE LA HIPOACUSIA INFANTIL</b>	
% De pruebas de detección precoz realizadas a los nacidos en el centro hospitalario	100%
<b>INDICADORES</b> <i>(ver Glosario, pág 88)</i>	<b>OBJETIVO</b>
<b>PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS</b>	

<b>PROCESOS</b>	
Hemodinámica cardiaca diagnóstica	
Implante / revisión de marcapasos	110
Implante / sustitución de desfibrilador	
Radiocirugía simple o fraccionada	
Implante de neuroestimulador intracraneal	
Implante coclear	
Terapia fotodinámica	
<b>PRESCRIPCIÓN Y GASTO FARMACÉUTICO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA</b>	<b>Nº PACIENTES</b>
Pac. SIDA y Pac. VIH+ en tto. con antirretrovirales	156
Pac. con enfermedad de Fabry en tto. con algasidasa alfa o beta	
Pac. con enfermedad de Gaucher en tto. con imiglucerasa	1
Pac. con Mucopolisacaridosis en tto. con laronidasa	
Pac. con Fibrosis Quística con cualquier tipo de tto.	2
Pac. con Hemofilia en tto. con Factores de la Coagulación	
Pac. con Hepatitis C crónica en tto. con Interferón alfa/Interferón alfa pegilado más Ribavirina	35
Pac. con Esclerosis Múltiple en tto. con Interferón Beta	30
Pac. con Artritis Reumatoide en tto. con Etanercept	20
Pac. con Artritis Reumatoide en tto. con Infliximab	18
Pac. con Artritis Reumatoide en tto. con Adalimumab	<b>15</b>
Pac. con anemia por insuficiencia renal en tto. con Eritropoyetina	100
Pac. con anemia postquimioterápica en tto. con Eritropoyetina	50
Pac. con neutropenia postquimioterápica en tto. con Factores estimulantes de colonias	40
Pac. con Hipertensión Pulmonar Primaria en tto. con Prostaciclina	1
Pac. con hipertensión pulmonar arterial en tto. con Bosentan	<b>2</b>

## A.1.2 AREA QUIRÚRGICA

INDICADORES <i>(ver Glosario, pág 89)</i>	OBJETIVO				
NÚMERO DE INTERVENCIONES	MEDIOS PROPIOS		MEDIOS AJENOS		
	REC. ORDINAR.	REC. EXTRAORD.	FAC. PROPIOS	FAC. AJENOS	PREVISIÓN GASTO
Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización (IQPH)	3900	500			409.106
Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias (IQPA)	2300	150		700	104.207
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios (OPQA)	3100				

INDICADORES <i>(ver Glosario, pág 89)</i>	OBJETIVO									
CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA EN QUIRÓFANO										
% De cirugía ambulatoria realizada en quirófano										37%
Peso medio de la cirugía ambulatoria (IQPA)										0,86
RENDIMIENTO QUIRÚRGICO POR ESPECIALIDADES										
ACV		CMF		CTO		NRC		TRA	79%	
CCA		CPL		DER	70%	OFT	65%	URO	77%	
CGD	70%	CPE		GIN	74%	ORL	73%			

## A.1.3 ÁREA DE URGENCIAS

INDICADORES <i>(ver Glosario, pág 90)</i>	OBJETIVO									
ACTIVIDAD EN URGENCIAS										
Urgencias totales										53000
% Urgencias ingresadas										24%

## A.1.4 ÁREA AMBULATORIA

INDICADORES <i>(ver Glosario, pág 90)</i>	OBJETIVO				
ACTIVIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS	MEDIOS PROPIOS		MEDIOS AJENOS		
	REC. ORDINARIOS.	REC. EXTRAORDINAR.	FAC. PROPIOS	FAC. AJENOS	PREVISIÓN GASTO
Primeras consultas	89000	3000			55.577
Consultas sucesivas	126000				
ACTIVIDAD EN HOSPITAL DE DÍA					
Oncohematológico	3500				
SIDA					
Geriátrico					
Psiquiátrico	1400				
General	250				

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS					
	MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS		MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS
Ecocardiograma TTR	3150		EMG	600	
Ecocardiograma TE	140		Estudios de sueño		
Ecocardiograma farmacológico	15		Otros estudios de sueño	260	
Ergometrías cardiacas	930		Potenciales evocados	150	
Holter cardiaco	810		Mamografías	5300	
Colonoscopias	2300		TC Convencional		
Gastroscopias	3000		TC Helicoidal	11700	
CPRE diagnósticas	60		RM	4000	
Broncoscopias	280		Ecos RX	16500	
Angiografías			Densitometrías		
CPRE terapéuticas sin stent	150		Hemodiálisis	52	52
CPRE terapéuticas con stent	45		Diálisis domiciliaria		
Broncoscopia terapéutica	Desconocido		CAPD		20
Oxigenoterapia		650	Litotricia		80
CPAP y BiPAP		350	Radioterapia		
Aerosolterapias		110	Acelerador lineal		
Ventilación mecánica a domicilio		5	Cobaltoterapia		

## A.2 OBJETIVOS DE DEMORA

### A.2.1 DEMORA QUIRÚRGICA

<i>(ver Glosario, pág 94)</i>	<b>EVOLUCIÓN MENSUAL</b>											
	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>
LEQ TOTAL	1864	1812	1722	1736	1719	1704	1640	1687	1643	1616	1632	1627
LEQ DE 3 A 6 MESES	484	484	478	450	420	380	345	336	320	300	275	252
DEMORA MEDIA	64	61	62	61	60	60	58	61	60	59	57	55
DEMORA MÁXIMA	179	179	175	174	172	170	170	170	169	168	166	165
ÍNDICE ENTRADAS / SALIDAS	0,90	0,93	0,88	1,02	0,98	0,98	0,90	1,13	0,92	0,96	1,02	0,96

### A.2.2 DEMORA DE PRIMERAS CONSULTAS

<i>(ver Glosario, pág 95)</i>	<b>EVOLUCIÓN MENSUAL</b>											
	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>
LE TOTAL	4174	3921	3850	3900	3600	3500	3500	3600	3400	3300	3250	3300
LE DE > 60 DÍAS	1262	1087	1002	950	870	650	550	420	350	250	100	0
DEMORA MEDIA	24,8	23	21	20	20	19	23	25	22	21	20	20
DEMORA MÁXIMA	163	148	140	138	130	120	110	110	100	90	75	60
ÍNDICE ENTRADAS / SALIDAS	1,10	0,97	0,95	1	0,94	0,90	0,93	1	0,93	0,92	0,91	0,90

## A.2.3 DEMORA DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

<i>(ver Glosario, pág 96)</i>	<b>EVOLUCIÓN MENSUAL</b>											
	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>
<b>MAMOGRAFÍAS</b>												
LE TOTAL	23	27	30	35	32	35	40	40	30	35	35	30
LE DE > 60 DÍAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEMORA MEDIA	19	31	25	20	18	19	20	20	18	15	16	17
DEMORA MÁXIMA	54	47	70	35	30	30	30	35	30	30	30	30
<b>TAC</b>												
LE TOTAL	48	17	20	25	30	35	40	45	50	55	58	60
LE DE > 60 DÍAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEMORA MEDIA	12	6	8	10	11	12	14	14	14	12	14	15
DEMORA MÁXIMA	23	32	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
<b>ECOGRAFÍAS EN RX</b>												
LE TOTAL	37	57	50	45	46	50	60	65	60	55	55	50
LE DE > 60 DÍAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEMORA MEDIA	16	7	10	15	12	12	15	17	16	15	15	15
DEMORA MÁXIMA	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	27
<b>RNM</b>												
LE TOTAL												
LE DE > 60 DÍAS												
DEMORA MEDIA												
DEMORA MÁXIMA												

## RESUMEN DE LOS OBJETIVOS ANUALES CON VALOR

INDICADOR	OBJETIVO	VALOR
Estancia media global con extremos de camas de agudos	7,5	300
IEMA centro 2003	1	120
IEMA grupo 2004	1	80
% De analgesia epidural efectivamente realizada	55%	200
% De pruebas de detección precoz de la hipoacusia realizadas a los nacidos en el centro hospitalario	100%	200
% De cirugía ambulatoria realizada en quirófano sobre el total de cirugía programada	37%	400
Rendimiento quirúrgico global	70,82	200
Demora media quirúrgica	55	150
Demora máxima quirúrgica	165 días	150
Índice entradas / salidas de LEQ	0,96	100
Demora media de Consultas Externas	20	150
Demora máxima Consultas Externas	60	150
Índice entradas / salidas de LECEX	0,90	100
Demora máxima Mamografías	30	100
Demora máxima TAC	30	100
Demora máxima Ecografías en RX	30	100
Demora máxima RM		100
CUMPLIMIENTO DE PREVISIÓN DE GASTO	SI	2.700

## A.3 CUMPLIMIENTO DE PREVISIÓN DE GASTO

El presupuesto total de gastos se encuentra cerrado.

- La evaluación del cumplimiento del presupuesto de gastos, destinado a retribuciones del personal (capítulo I) se realizará sin tener en cuenta las cuotas patronales.

- Gastos excluidos: Mejoras retributivas del personal que pudieran aprobarse a lo largo del ejercicio, productividad por cumplimiento de objetivos, acción social y otros gastos aprobados con posterioridad.

- El capítulo II incluye en su importe el objetivo de cobros de prestaciones de servicios a terceros y otros (accidentes de tráfico, varios y particulares, mutuas de accidentes laborales), y el importe de cobros por conceptos no asistenciales, cuantificado en ~~1.512.756~~ euros, con una facturación prevista de ~~1.612.778~~ euros (% de cobros/facturación de ~~93,80~~ %).

Si el Hospital recupera, en concepto de cobros a terceros y otros, una cuantía superior a la pactada, el excedente revertirá en su presupuesto.

- Independientemente del presupuesto específico para el Plan de Reducción de Listas de Espera, se financia como en años anteriores el programa de demora:

- En capítulo I  €.
- En capítulo II (sin incluir el art. 26)  €.
- En el art. 26

- El presupuesto del Plan de Reducción de Listas de Espera en concepto de incentivos irá íntegramente destinado a la consecución de los objetivos de demora, a la línea estratégica VII de los objetivos plurianuales, así como al objetivo de Área de listas de espera.

## PREVISIÓN DE GASTOS 2004

### 1. GASTOS DE PERSONAL (sin cuotas de S.S.):

Atención Especializada .....44.525.654.....

Docencia .....496.798.....

Programa de Demora .....411.619.....

### 2. COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS:

Atención Especializada .....23.756.768.....

Docencia .....100.290.....

### 3. CONCIERTOS:

Plazas vinculadas .....

Programa de Demora .....

Otros conciertos especializada .....3.052.010.....

<b>TOTAL PREVISIÓN GASTOS ....72.343.140€.....</b>
--

## **D. NUEVAS ACCIONES**

Por "Nueva Acción" se entiende la realización de una serie de actuaciones que pretenden mejorar los servicios ya existentes o poner en marcha otros nuevos.

La nueva acción viene definida, por tanto, por el objetivo que se pretende alcanzar y puede conllevar o no, incrementos de plantilla, inversiones en obras o equipamientos, incrementos de gastos de mantenimiento y/o modificaciones de la organización y distribución de recursos y servicios.

Los recursos que se asignan para una nueva acción tienen carácter finalista y por tanto no pueden ser desviados para otros fines.

Las nuevas acciones autorizadas y las cantidades destinadas para su puesta en marcha se incorporaran al Plan Anual de Gestión mediante una addenda.

## **B.- OBJETIVOS PLURIANUALES**

## **Línea Estratégica I. Despliegue del Plan de Gestión**

Dentro del marco general de actuación asistencial establecido, el/los Centro/s debe/n constituir su programa de objetivos, garantizando la participación ordenada de todos los profesionales en su elaboración, desarrollo y evaluación.

## **Línea Estratégica II. Orientación al usuario**

Con el objeto de incrementar la satisfacción de los ciudadanos, verdaderos protagonistas de los servicios sanitarios, esta línea plantean una serie de actuaciones como son: la información asistencial y sobre el funcionamiento del Centro; el consentimiento informado; la Carta de derechos y deberes del paciente; la gestión de la opinión de los usuarios y de sus reclamaciones y sugerencias; la garantía de los derechos respecto a la intimidad del paciente y a la confidencialidad de los datos; la optimización de la atención urgente y la mejora de la asistencia psiquiátrica.

## **Línea Estratégica III. Gestión correcta de los recursos**

La gestión adecuada de los recursos humanos, materiales y financieros es otra de las estrategias fundamentales que se abordan. En este sentido, la implicación de los profesionales es imprescindible para conseguir que el Sistema de Salud funcione con los niveles de calidad asistencial que se pretenden. La definición e implantación de planes de trabajo en los diferentes Servicios y Unidades; la gestión adecuada de las camas, de los procesos, de las inversiones, de los almacenes y de la contratación de obras; la formación de los profesionales y la seguridad, salud y prevención de los riesgos laborales son las principales actuaciones que se plantean en esta línea.

## **Línea Estratégica IV. Estructuras y herramientas de mejora de la calidad**

El presente plan es concebido como un proceso de mejora continua de la calidad en el que las estructuras y herramientas destinadas a conseguirlo son elementos fundamentales: la Unidad de Calidad, el Comité de ética asistencial y la vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria.

## **Línea Estratégica V. Farmacia**

La Farmacia supone una parte importante del presupuesto sanitario. La contención del gasto en este capítulo sin detrimento de la calidad asistencial, es uno de los principales objetivos que se articulan a través de una serie de medidas como son la gestión clínica de la farmacoterapia, la implantación del proceso de atención farmacéutica y la gestión adecuada de la prestación farmacéutica.

## **Línea Estratégica VI. Sistemas de Información**

Considerando que los sistemas de información son elementos estratégicos para nuestro Sistema de Salud, esta línea se orienta a la mejora de la disponibilidad y cumplimentación de los datos del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) y de Lista de Espera de Consultas y Exploraciones Complementarias (LECYT).

## **Línea Estratégica VII. Plan de Reducción de Listas de Espera**

Dentro del marco general que representa el Plan de Reducción de Listas de Espera, esta línea estratégica recoge un conjunto de actuaciones prioritarias dirigidas a ofrecer a los ciudadanos unos tiempos de espera razonables: la optimización de la utilización de recursos en jornada ordinaria, la aplicación de programas extraordinarios de autoconcertación y de concertación externa, la implicación de los profesionales en la mejora de las listas de espera mediante la gestión clínica responsable y racional y la orientación del sistema de información sobre esperas a la toma de decisiones.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN

**PROCESO** 1. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS DEL CENTRO PARA EL EJERCICIO

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

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Equipo Directivo establece, lidera y desarrolla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La negociación con los Servicios / Unidades y Comisiones del Plan de Gestión.</li> <li>- El resultado final del proceso negociador.</li> <li>- El proceso de seguimiento, evaluación y aplicación de medidas correctoras a lo largo del ejercicio.</li> <li>- La oportuna comunicación de todo el proceso a los órganos de representación de los usuarios, trabajadores y medios de comunicación social.</li> </ul> <p>(Ver glosario pag. 97)</p>	X	X	Documento firmado de compromiso con el Plan de Gestión elaborado, correspondiente a la mayor parte los Servicios / Unidades / Comisiones del Hospital.
2	<p>El Hospital evalúa bimensualmente la evolución de los acontecimientos, y adopta las medidas correctoras precisas para salvar la diferencia entre lo previsto y lo realizado.</p>	X	X	Informe en el que se detalla el análisis realizado, las conclusiones obtenidas y las medidas correctoras adoptadas.

**PLAN DE GESTIÓN 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 incluyendo el Consentimiento Informado cuando se precise.

**VALOR**

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos los servicios clínicos susceptibles elaborarán y dispondrán de un Plan de Información a pacientes o allegados con el contenido básico sobre su proceso para garantizar la continuidad asistencial y que incluirá el Consentimiento Informado si lo precisara.</li> <li>- Los servicios clínicos elaborarán e implantarán los documentos de Consentimiento Informado de forma progresiva. Dicho Consentimiento se adaptará a lo regulado en la Ley 41/2002.</li> </ul> <p>Todos los documentos estarán informados por el Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y aprobados por la Comisión Clínica correspondiente.</p>		X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Información</li> <li>- Relación de procesos que precisan Consentimiento Informado.</li> <li>- actas del Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y de la Comisión Central de Garantía de Calidad.</li> </ul>
<p>2</p> <p>El Hospital analiza el grado de implantación de los documentos relativos al Plan de Información y Consentimiento Informado, verifica en este último la identificación del médico y paciente y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>			<p>Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
<p>3</p> <p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

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

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

**OBJETIVO** 1.2 El Hospital informa adecuadamente a pacientes y familiares sobre el funcionamiento del Hospital.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital tiene elaborados e implantados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Guía de Información al Usuario (ajustándose a los referidos en el Decreto 40/2003).</li> <li>- El Manual de Acogida a pacientes que contemplará como mínimo: recomendaciones durante su estancia en el hospital, horario de visita, sistemática de la información a los pacientes, médico y enfermera responsable...</li> </ul> <p>Garantizando que el Manual de Acogida se entregue en el 100% de los pacientes ingresados.</p>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía de Información al Usuario</li> <li>- Manual de acogida.</li> </ul>
2	<p>El Hospital analiza el procedimiento de entrega y el grado de distribución del Manual de acogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	<p>Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

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

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

**OBJETIVO** 1.3 El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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. De acuerdo con la Orden SBS/1325/2003, la Carta de Derechos incluirá la posibilidad de los pacientes de prever un Testamento Vital.		X	Informe en el que detalla las ubicaciones de la carta de derechos y deberes del paciente.
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.		X	Documento: - Programas desarrollados de sensibilización e información a los profesionales.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**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 y en las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital tiene implantadas: - la encuesta de posthospitalización SERVQHOS y - una encuesta específica de elaboración propia para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria y/o de urgencias. Ha definido - igualmente - los criterios para su aplicación. (ver glosario pag. 98)	X	X	Documentos: - encuestas sobre las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias. - metodología de aplicación de las encuestas de las tres áreas.
2	El Hospital analiza los resultados de las encuestas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en cada una de las áreas.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

**OBJETIVO** 2.2 El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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, y 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	X	Documentos: - procedimiento.
2	El Hospital analiza las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

**OBJETIVO** 2.3 El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital elabora un Plan de Emergencias y Evacuación, con todas su fases. Igualmente, implanta dicho Plan mediante la: - divulgación a todo el personal - formación específica a los equipos de intervención.		X	Documentos: - Plan de Emergencias y Evacuación - Informe en el que se especifican: - las actuaciones divulgativas y formativas.
2	El Hospital desarrolla simulacros, analiza su desarrollo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que se especifican: - el/los simulacros desarrollados, el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

**OBJETIVO** 2.4 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...).

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital dispone de normas escritas que contemplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- las medidas de separación necesarias para las habitaciones, salas de observación, salas de exploración...y</li> <li>- las normas que orientan al conjunto de los profesionales a comportarse de modo respetuoso con la necesidad de intimidad del paciente.</li> </ul> <p>Dichas normas contemplarán -además- el comportamiento mínimo exigible a otros pacientes, familiares o allegados.</p>	X	X	Documentos: - normas escritas.
2	<p>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, manteniendo un número mínimo de habitaciones individuales ocupadas por este motivo.</p>	20	%	Documentos: - criterios - % de habitaciones individuales.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**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.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital analiza su situación y la adapta a las exigencias reguladas por la Ley respecto a la confidencialidad de los datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- circuitos de documentación clínica y datos sensibles</li> <li>- accesibilidad a las bases de datos y archivos documentales etc.</li> </ul> <p>Igualmente, diseña y desarrolla programas de sensibilización e información, en relación con la confidencialidad de datos, dirigidos a todos los profesionales del Centro.</p>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informe en el que se detalla el análisis realizado y las medidas adoptadas</li> <li>- Programas de sensibilización e información.</li> </ul>
2	<p>El Hospital analiza el grado de cumplimiento de la normativa sobre la confidencialidad de los datos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	<p>Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2003**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 4. OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE

**OBJETIVO** 4.1 El Hospital optimiza los tiempos de asistencia en urgencias.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Servicio de Urgencias elabora y aplica una norma escrita en la que se especifica el proceso de valoración inicial y clasificación de pacientes. Igualmente, recoge la información relacionada con el tiempo de permanencia de los pacientes en sus dependencias.		X	Documentos: - Sistema de clasificación de pacientes - cuadro de mandos.
2	El Servicio de Urgencias analiza la información recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
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 en cuanto al tiempo de asistencia: Nivel 1: paciente con riesgo vital evidente, intervención inmediata. Nivel 2: paciente emergente, intervención en menos de 15 minutos. Nivel 3: paciente urgente no crítico, intervención en menos de media hora. Nivel 4: paciente urgente demorable, intervención en menos de una hora. Nivel 5: paciente no urgente, intervención en menos de dos horas.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

**OBJETIVO** 5.1 Atención Psicogerítrica.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital adapta el programa de Atención Psicogerítrica que incluye: - Atención a la Demencia - Atención a la Depresión.	X	X	Documentos: - Programas.
2	El Hospital implanta los programas diseñados.		X	Informe en el que se especifica el proceso de implantación.
3	El Hospital evalúa los programas implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

**OBJETIVO** 5.2 Programa de Gestión de Casos de Enfermedad Mental Grave y Prolongada.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital adapta y difunde el programa de Gestión de Casos.		X	Documentos: - programa - Informe en el que se especifica el proceso de difusión del programa.
2	El Hospital implanta progresivamente el programa de Gestión de Casos.			Informe en el que se especifica el proceso de implantación.
3	El Hospital implanta un sistema de información de casos de enfermedad mental grave y prolongada que permita el seguimiento.			Auditoría externa.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

**OBJETIVO** 5.3 Impulso de la Calidad de la Asistencia Psiquiátrica.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital adapta sus dispositivos de atención Psiquiátrica a las Guías de funcionamiento de los Dispositivos de asistencia psiquiátrica de Sacyl.	X	X	Informe en el que se especifica la adaptación de los dispositivos de Sacyl.
2	El Hospital dispone de un manual que incluye: protocolo de ingreso involuntario, contención mecánica, información y consentimiento informado y protección de datos.		X	Documentos: - manual.
3	El Hospital implanta los procesos definidos en el ejercicio.			Informe en el que se especifica el proceso de implantación.
4	El Hospital evalúa los resultados de los procesos implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
5	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

**OBJETIVO** 5.4 Atención Psiquiátrica Infanto-Juvenil.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital dispone de un programa o recurso específico ambulatorio para la atención a los menores de 18 años.	X	X	Informe en el que se especifican: - programa o recurso.
2	El Hospital tiene reglada la hospitalización e interconsultas de pacientes psiquiátricos menores de 18 años.		X	Documentos: - norma.
3	El Hospital aborda la atención psiquiátrica infanto-juvenil mediante grupos de trabajo (con reuniones, al menos, trimestrales) integrados por: - Pediatría - Sistema de atención a menores - Equipos psicopedagógicos - Servicios sociales - Unidad de referencia psiquiátrica.		X	Actas correspondientes.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

**OBJETIVO** 5.5 Programa de Hospitalización Parcial.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital implanta en la Unidad de Psiquiatría un Programa de Hospitalización parcial.	X	X	Auditoria externa.
2	El Hospital evalúa el Programa de Hospitalización parcial y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones previstas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN 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.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	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. Dichos planes: - se plasmarán por escrito - incluirán todas las actividades, de todos los integrantes del servicio, a lo largo de toda la jornada laboral.	X	X	Documentos: - planes de trabajo definidos.
2	El Hospital evalúa la adecuación de los planes de trabajo a la actividad desarrollada por cada servicio, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN 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.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital elabora e implanta al menos cuatro manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería, hasta conseguirlo progresivamente en el 100% de dichas unidades. 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, e incluye el cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad.	X	X	Documentos: - manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería
2	El Hospital analiza y evalúa el grado de cumplimiento del manual de organización y funcionamiento de las unidades de enfermería y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
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 enfermería.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN 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. asistencia.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital elabora e implanta progresivamente el manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.	X	X	Documentos: - manual/es de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.
2	El Hospital analiza y evalúa el grado de cumplimiento del manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
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.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 2. GESTIÓN DE CAMAS

**OBJETIVO** 2.1 El Hospital garantiza la adecuación de las estancias y aborda las situaciones de máxima ocupación de camas.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital adapta, actualiza y aplica un protocolo de evaluación de la adecuación de las estancias médicas y preoperatorias, y los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de sus camas.	X	X	Documentos: - protocolo - criterios de actuación.
2	El Hospital analiza el grado de cumplimiento del protocolo y los criterios y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican: - el proceso de aplicación - el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

**OBJETIVO** 3.1 El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital normaliza (mediante la definición o adaptación de guías, vías, o protocolos de práctica clínica) e implanta 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: - versión abreviada, versión completa y versión para pacientes</p> <p>Se identifican los responsables de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.</p>		X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- guías, vías o protocolos.</li> <li>- informe en el que se especifica el proceso de implantación.</li> </ul>
2	<p>El Hospital evalúa el grado de cumplimiento de las guías, vías o protocolos clínicos de los procesos asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	<p>Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

**OBJETIVO** 3.2 El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital adapta progresivamente las guías elaboradas por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer de pulmón.</li> <li>- Cáncer de mama.</li> <li>- Cáncer de piel.</li> <li>- Cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).</li> <li>- Cáncer de cérvix uterino.</li> <li>- Cáncer de próstata.</li> <li>- Cáncer hematológico.</li> <li>- Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.</li> <li>- Consejo genético en cáncer de mama y ovario.</li> <li>- Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.</li> </ul>		X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- guías adaptadas.</li> </ul>
2	El Hospital implanta progresivamente las guías adaptadas hasta alcanzar la totalidad.			Informe en el que se especifica el proceso de implantación.
3	El Hospital evalúa la implantación de las guías adaptadas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en la implantación.			<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

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

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

**OBJETIVO** 3.3 El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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	Documentos: - modelo de cuidados (homogéneo para el Servicio Regional de Salud).
2	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	X	Documentos: - planes de cuidados.
3	El Hospital normaliza 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	Documentos: - registros de enfermería.
4	El Hospital estandariza progresivamente los procedimientos de enfermería. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan: - las técnicas generales más comunes - las técnicas específicas que se aplican a los pacientes ingresados en su unidad (al menos tres técnicas por unidad) Su elaboración contempla: objetivos, personal responsable de su realización, material necesario, precauciones, desarrollo y cuidados posteriores.	X	X	Documentos: - procedimientos.
5	El Hospital evalúa y analiza, al menos, un plan de cuidados por unidad de enfermería. Dicha evaluación contempla: - número de pacientes con plan de cuidados documentado - porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los planes de cuidados evaluados.
6	El Hospital evalúa y analiza, al menos, dos procedimientos por cada unidad de enfermería, seleccionados entre los más frecuentes o de mayor riesgo. Dicha evaluación contempla: - número de pacientes monitorizados - porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los procedimientos evaluados.
7	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en relación con los planes de cuidados y los procedimientos evaluados.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

**OBJETIVO** 3.4 El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital identifica al menos 6 procesos por cada servicio no asistencial, de los que persigue un diseño normalizado. Entre ellos deben encontrarse, como mínimo, cuatro de los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.</li> <li>- Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.</li> <li>- Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.</li> <li>- Gestión eficiente de las propuestas de pago.</li> <li>- Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.</li> <li>- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.</li> <li>- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.</li> <li>- Diseño e implantación de un plan de seguimiento del equipamiento médico.</li> <li>- Priorización y racionalización de las inversiones hospitalarias.</li> </ul> <p>Igualmente, normaliza e implanta los procesos no asistenciales identificados, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.</p> <p>Para cada proceso definido se identifica el responsable de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.</p>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procesos identificados y normalizados.</li> <li>- informe en el que se especifica el proceso de implantación.</li> </ul>
2	<p>El Hospital evalúa el grado de cumplimiento de los protocolos o criterios de los procesos no asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>	X	X	<p>Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>	X	X	<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 4. FORMACIÓN

**OBJETIVO** 4.1 El Hospital garantiza la mejora y mantenimiento de la competencia de sus profesionales a través de la elaboración y desarrollo de un programa / plan de formación dirigido a todo el personal.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El hospital tiene definido/ os :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un método para identificar y priorizar las necesidades formativas, así como para la planificación y programación de las actividades.</li> <li>- los criterios y circuitos que regulan el acceso del trabajador a las actividades formativas.</li> <li>- un modelo de evaluación y sistema de reconocimiento de las actividades formativas previsto en el Plan General de Formación.</li> </ul>	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe en el que conste método de identificación y modelo de priorización.</li> <li>- Programa de formación aprobado por Com. Formación, Com. Dirección y Sº de Formación.</li> <li>- Criterios de acceso a las actividades de formación.</li> <li>- Asume el modelo de evaluación propuesto por el Sº de Formación.</li> <li>- Modelo de reconocimiento de las actividades formativas.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Hospital presenta y desarrolla el programa / plan de formación previamente definido y evaluado y evalúa sus actividades formativas a través de indicadores de cobertura, proceso y satisfacción.</li> <li>- Aplica el sistema de reconocimiento de las actividades formativas definido.</li> <li>- Igualmente impulsa la mejora de la calidad de las actividades formativas a través de la acreditación de las mismas.</li> </ul>		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe/ valoración (memoria) de la ejecución del programa y evaluación a través de indicadores de cobertura, proceso y satisfacción de las actividades de formación.</li> <li>- Número de actividades formativas acreditadas / solicitando acreditación.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 5. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

**OBJETIVO** 5.1 El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan de actuaciones en materia de evaluaciones de riesgo, vigilancia de la salud y análisis y estudio de accidentes de trabajo para sus trabajadores.

**VALOR**

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1</p> <p>El Hospital, a través del Servicio de Prevención, planifica y lleva a cabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La evaluación inicial de riesgos de los diferentes puestos de trabajo y la planificación de la actividad preventiva.</li> <li>- El registro e investigación de Accidentes de Trabajo (AT) y Enfermedad Profesional (EP) con sus respectivas estadísticas e índices de siniestralidad.</li> <li>- Una evaluación de la salud de los trabajadores, en los términos que establece el art. 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención.</li> </ul>	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe sobre las evaluaciones iniciales de riesgos de los puestos de trabajo confirmando que se han llevado a cabo el 100% de las mismas; el registro de todos los accidentes, la investigación de los graves y muy graves y los exámenes de salud de los trabajadores (a 31 de diciembre).</li> </ul>
<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrolla y coordina los planes y programas de actuación preventiva correspondientes, los evalúa y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</li> <li>- Estudia y analiza las relaciones de determinados riesgos con los accidentes producidos, obtiene conclusiones y propone medidas de mejora de las condiciones de trabajo.</li> <li>- Realiza actividades relacionadas con la promoción de la salud laboral colectiva, las evalúa, obtiene conclusiones y propone medidas de mejora.</li> </ul>		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe en el que se especifique el grado de cumplimiento de los planes de actuación preventiva, siendo necesaria la ejecución del 100% de las medidas programadas para el año en curso; los estudios sobre siniestralidad laboral realizados y la evaluación de las actividades de promoción de la salud laboral colectiva, así como las medidas de mejora propuestas, como consecuencia de las conclusiones.</li> </ul>
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas respecto a los planes y programas de actuación preventiva, las condiciones de trabajo y la promoción de la salud laboral colectiva.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe que especifique, en cada una de las actuaciones, las medidas llevadas a efecto respecto a las oportunidades de mejora detectadas.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 6. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO** 6.1 El Hospital elabora una proyección anual de su evolución económico-financiera.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital elabora una proyección 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	X	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.
2	EEI 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	X	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).
3	El Hospital evalúa la previsión mensualmente y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe trimestral en el que se especifican: - las desviaciones y las medidas correctoras a aplicar.
4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 6. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO** 6.2 El Hospital planifica la política de adquisición de los suministros, la realización de obras y la contratación de servicios.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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	X	Envío antes del 15 de marzo del plan anual de contratación administrativa.
2	El Hospital realiza un seguimiento mensual de los contratos adjudicados y evalúa, al menos semestralmente, la planificación previa, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe mensual en el que se especifican: - los contratos adjudicados.  Informe semestral en el que se especifican: - la ejecución e incidencias del plan anual de contratación administrativa.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe semestral 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 6. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO** 6.3. El Hospital se impone el cumplimiento de plazos en la tramitación y adjudicación de los contratos de capítulo II y capítulo VI.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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	X	<p>Informe mensual en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- los contratos adjudicados</li> <li>- los créditos presupuestarios del Capítulo II y VI en su fase AD.</li> </ul>
2	<p>El Hospital contrae el 90% de las obligaciones del capítulo VI en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito.</p>	X	X	<p>Informe trimestral en el que se especifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- los créditos presupuestarios del Capítulo VI en fase OK.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 6. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO** 6.4 El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los suministros generales (electricidad, gasoil, gases combustibles, gases medicinales, agua...).

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital tiene elaborado y aplica un protocolo de recepción de estos suministros.		X	Documentos: - protocolos.
2	El Hospital efectúa un control de consumo real y analiza el rendimiento de productores y transformadores de energía.		X	Informe en el que se especifican: - los valores de consumo real y rendimiento.
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.			Informe en el que se especifican: - inventario de los elementos críticos.
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 .			Documentos: - Manual de emergencia de suministro.
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.			Documentos: - inventario de los equipos - localización del local de emergencia.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 6. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO** 6.5 Gestión de stocks en unidades de consumo, adecuándolos a la demanda y minimizándolos.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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	X	Envío antes del 30 de Junio de 2004 del documento de análisis de la situación actual y listado de consumo de las distintas unidades.
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	X	Definición del sistema de control que se va a utilizar y envío de los pactos de stock antes del 30 de septiembre de 2004.
3	El Centro realiza la implantación progresiva del sistema de control propuesto para reducción progresiva de stock y comprueba el resultado.		X	Informe anual sobre los resultados de la reducción progresiva del stock desde su implantación.
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.		X	Remisión de un informe anual que recoja el número de reuniones, objetivos y memoria anual de la comisión.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO** 6. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO** 6.6 El Hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital tiene establecido un protocolo de gestión, facturación y cobro de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	X	X	Documentación: - protocolo (presentado en el primer cuatrimestre).
2	El Hospital pone en marcha y difunde el protocolo de gestión, facturación y cobro de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	X	X	Informe en el que se especifican: - el proceso de aplicación y difusión.
3	El Hospital evalúa mensualmente la evolución de la gestión de estas prestaciones, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Remisión en los primeros 10 días del mes, de las fichas de ingresos (facturación y cobro) correspondientes al mes anterior e informe de gestión.
4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas, para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y 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.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

**PROCESO** 1. UNIDAD DE CALIDAD

**OBJETIVO** 1.1 El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral que funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital dispone de una Unidad de Calidad constituida por el Coordinador de Calidad, bajo cuyo liderazgo se integran un responsable de calidad de enfermería y un responsable de los colectivos no sanitarios.</p> <p>La Unidad de Calidad cuenta con un manual de funcionamiento y una metodología de trabajo que contemplan la interacción complementaria con las Comisiones Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, Servicio de Atención al Usuario y Comisión de Dirección. Ambos están aprobados por la Comisión de Dirección.</p>	X	X	<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informe en el que concreta la designación de los miembros.</li> <li>- manual de funcionamiento y</li> <li>- metodología de trabajo.</li> </ul>
2	<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"> <li>- logro esperado</li> <li>- calendario de actuaciones</li> <li>- monitorización de indicadores</li> <li>- medidas correctoras para abordar las desviaciones.</li> </ul>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objetivos</li> <li>- metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación).</li> </ul>
3	<p>La Unidad de Calidad realiza al finalizar el ejercicio una memoria de las actividades del Hospital relacionadas con los objetivos de calidad, de los resultados obtenidos y de las medidas correctoras necesarias.</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.</p>	X	X	<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memoria.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

**PROCESO** 2. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

**OBJETIVO** 2.1 El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital dispone de profesionales especialistas en bioética clínica o, en su defecto, se encuentra en proceso de formación de los mismos.	X	X	Documentos: - funciones (con las firmas de aprobación).
2	El Hospital dispone de un Comité de Ética Asistencial no acreditado que ha elaborado su reglamento de régimen interno.			Documentos: - acta de constitución - reglamento.
3	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.		X	Documentos: - memoria.
4	El Hospital tiene acreditado el Comité de Ética Asistencial de acuerdo con la normativa autonómica vigente y establece los objetivos anuales de acuerdo con la Comisión Central de Garantía de Calidad y tras su aprobación por la Comisión de Dirección. Para cada objetivo se ha preestablecido el logro esperado así como su metodología y calendario.	X	X	- Registro de Comités de Ética Asistencial de Área acreditados - informe en el que se especifican los objetivos, la metodología de evaluación y el calendario.
5	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.			Informe en el que se especifican: - composición - sistemática de actuación en los dos niveles asistenciales.
6	El Comité de Ética Asistencial está acreditado como Comité de Área, y cuenta -previo compromiso de la Comisión de Dirección- con el tiempo de dedicación necesario para llevar a cabo sus funciones.			Registro de Comités de Ética Asistencial de Área acreditados.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

**PROCESO** 3. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

**OBJETIVO** 3.1 El Hospital dispone de un sistema de alerta.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
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). Dicho sistema se aplica de forma continuada.		X	Documentos: - Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria (Indicar la fuente de información, el circuito de transmisión y el responsable operativo de su recepción).
2	El Hospital evalúa, tanto la aplicación del sistema de alerta y del mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria, como sus resultados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora)		X	Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

**PROCESO** 3. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

**OBJETIVO** 3.2 El Hospital realiza estudios de prevalencia e incidencia de la infección hospitalaria.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Hospital aplica el sistema de vigilancia de la infección hospitalaria para estimar las tasas globales y específicas de infección hospitalaria mediante la realización de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios de prevalencia (al menos uno al año).</li> <li>- Estudios de incidencia acumulada (IA) y/o densidad de incidencia (DI) a través de la revisión de los resultados microbiológicos y/o de las historias clínicas y/o de visita a las plantas.</li> </ul> </li> <li>- La información que genera el sistema de vigilancia se remite a los servicios y unidades de enfermería, al menos, dos veces al año.</li> </ul>	X	X	Informe en el que se especifican al menos tres de los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalencia de infectados. (Defina la metodología del estudio: EPINE u otras; y el numerador y denominador del indicador utilizado).</li> <li>- IA de infección quirúrgica en cirugía limpia.</li> <li>- IA de bacteriemia primaria de cateter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y cateter de Nutrición Parenteral).</li> <li>- DI de infección respiratoria en pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI. (Para estos tres últimos indicadores, defina el periodo de tiempo de vigilancia y el numerador y denominador de los indicadores utilizados).</li> </ul>
2	El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

**PROCESO** 3. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

**OBJETIVO** 3.3 El Hospital normaliza y gestiona las medidas de prevención y control de la infección hospitalaria dirigidas a las instalaciones, la hostelería y el equipamiento, al personal personal y a los pacientes.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital tiene normalizados e implantados los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza de las áreas críticas.</li> <li>- Gestión de la segregación, transporte y eliminación de residuos.</li> <li>- Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras.</li> <li>- Pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.</li> <li>- Limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable.</li> <li>- Lavado de las manos rutinario y quirúrgico.</li> <li>- Protección del personal frente a riesgos biológicos.</li> <li>- Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.</li> <li>- Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico.</li> <li>- Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.</li> <li>- Inserción y mantenimiento del cateter vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.</li> <li>- Aislamiento de pacientes.</li> </ul>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- normas y protocolos.</li> </ul>
2	<p>El Hospital evalúa progresivamente la aplicación de los anteriores protocolos, desde al menos seis hasta llegar a evaluar la aplicación de la totalidad, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>		X	<p>Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>			<p>Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** V. FARMACIA

**PROCESO** 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

**OBJETIVO** 1.1 El hospital desarrolla un modelo de gestión clínica de la farmacoterapia que contiene las herramientas necesarias para que la utilización de medicamentos sea eficaz, segura, coste-efectiva y de calidad.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El hospital desarrolla y aplica las herramientas adecuadas para la selección, información y utilización de medicamentos con criterios de calidad y difunde, entre el personal sanitario, el contenido y los resultados de la aplicación de estas herramientas.</p> <p>1. Selección de medicamentos 2. Guía Farmacoterapéutica 3. Programa de Intercambio Terapéutico. (ver glosario pag. 98)</p>		X	<p>Remisión anual a la DTF de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe que describa las herramientas aplicadas, según criterios establecidos por la DTF.</li> </ul>
2	<p>El hospital evalúa los resultados de la aplicación de las herramientas para la selección y utilización de medicamentos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora). (ver glosario pag. 99)</p>			<p>Remisión anual a la DTF de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe que describa el análisis realizado, la metodología, los resultados y las conclusiones, para cada uno de los procesos descritos en este objetivo.</li> </ul>
3	<p>El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en cada una de las herramientas utilizadas.</p>			<p>Remisión anual a la DTF de Informe con las oportunidades de mejora detectadas que se implanten, especificando para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables</li> </ul> <p>para cada uno de los procesos descritos en este objetivo.</p>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** V. FARMACIA

**PROCESO** 2. ATENCIÓN FARMACEÚTICA

**OBJETIVO** 2.1 El hospital implanta el proceso de Atención Farmacéutica.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El hospital, a través del servicio de farmacia, implanta en programa de Atención Farmacéutica en el Area de Pacientes Externos, en al menos, los pacientes VIH +.		X	Auditoría externa por la Inspección de Farmacia.
2	El hospital evalua los resultados de la implantación del proceso de Atención Farmacéutica y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Remisión anual a la DTF de Informe que describa la evaluación de la implantación del proceso de Atención Farmacéutica y sus conclusiones.
3	El hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Remisión anual a la DTF de informe con las oportunidades de mejora que se implanten, especificando para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** V. FARMACIA

**PROCESO** 3. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACEÚTICA

**OBJETIVO** 3.1 El hospital implanta y desarrolla el Sistema de Información de consumo de medicamentos en su entorno.

**VALOR**

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1</p> <p>1. El hospital, a través del servicio de farmacia, proporciona información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adquisiciones de medicamentos</li> <li>- consumo de medicamentos en pacientes hospitalizados, ambulantés y externos.</li> </ul> <p>2. Igualmente, a través de la Dirección Médica, fomenta la prescripción en receta del SNS y realiza un seguimiento de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de la prescripción de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG): % de envases EFG respecto al total de especialidades farmacéuticas prescritas.</li> <li>- Porcentaje de prescripción de Especialidades incluidas en el Sistema de Precios de Referencia: % de envases de especialidades incluidas en Precios de Referencia respecto al total de especialidades farmacéuticas prescritas.</li> </ul>		X	<p>Remisión mensual de:</p> <p>1. Informe al Servicio de Farmacia, a la Inspección de Farmacia y a la DTF según formato e instrucciones de la DTF.</p> <p>2. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de información Concylia.</li> </ul>
<p>2</p> <p>El hospital analiza semestralmente los resultados de los datos de gasto intrahospitalario y de prescripción extrahospitalaria y obtiene resultados (oportunidades de mejora).</p> <p>1. Análisis del Seguimiento de las adquisiciones y consumo intrahospitalario.</p> <p>2. Análisis de la prescripción en receta del SNS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- resultados obtenidos</li> <li>- actuaciones realizadas para fomentar la prescripción de las especialidades descritas en los indicadores establecidos en la actuación 1.</li> </ul>			<p>1. Informe semestral que describa el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adquisiciones: por tipo de procedimiento de adquisición, indicadores económicos</li> <li>- consumo: por tipo de paciente, por asignación directa del gasto por paciente</li> <li>- variación interanual de las adquisiciones y consumos descritas anteriormente.</li> </ul> <p>2. Informe semestral que describa el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en las actuaciones realizadas para fomentar el cumplimiento de los % de prescripción establecidos en la actuación 1.</p>
<p>3</p> <p>El hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en:</p> <p>1. Seguimiento de las adquisiciones y consumo intrahospitalario</p> <p>2. Prescripción en receta del SNS.</p>			<p>Remisión anual a la DTF de informe con las oportunidades de mejora que se implanten y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCESO** 1. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE CMBD.

**OBJETIVO** 1.1 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del CMBD.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital cumple los siguientes criterios en cuanto al CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos del CMBD a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.</li> <li>- 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.</li> <li>- La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados de acuerdo a la normativa vigente.</li> <li>- 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.</li> <li>- El Hospital cumple o supera los porcentajes de codificación de la información clínica, establecido por la normativa vigente.</li> </ul>	X	X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
2	<p>El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.</p>		X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
3	<p>El Hospital establece un CMBD de urgencias hospitalarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de urgencias.</li> <li>- Establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de urgencias.</li> </ul>		X	Identificación del responsable Documentos: - metodología y circuitos.
4	<p>El Hospital establece un CMBD de consultas externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de consultas externas.</li> <li>- Establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de consultas externas.</li> </ul>		X	Identificación del responsable Documentos: - metodología y circuitos.
5	<p>El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.</p>		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCESO** 2. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE SIAE

**OBJETIVO** 2.1 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del SIAE.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital cumple los siguientes requisitos respecto al SIAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la recuperación de información y en la cumplimentación del SIAE.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío del fichero del SIAE a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.</li> <li>- El fichero del SIAE cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.</li> <li>- El fichero presenta, para los datos exigidos según la normativa vigente, una completa cumplimentación.</li> <li>- 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.</li> </ul>	X	X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
2	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.		X	<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas</li> <li>- plazos</li> <li>- responsables.</li> </ul>

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCESO** 3. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

**OBJETIVO** 3.1 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera quirúrgica.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital cumple los siguientes requisitos en cuanto al fichero de LEQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la Lista de Espera Quirúrgica.</li> <li>- 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.</li> <li>- La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados.</li> </ul>	X	X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
2	El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmente, la información generada.	X	X	Documentos: - modelo y contenido del informe.
3	El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente a todos los registros donde su utilización sea aplicable.		X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
4	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCESO** 4. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE LECYT

**OBJETIVO** 4.1 El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital cumple los siguientes requisitos respecto del archivo de LECYT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.</li> <li>- La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>	X	X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
2	El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmete, la información generada.	X	X	Documentos: - modelo y contenido del informe.
3	El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.		X	Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.
4	El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

**OBJETIVO** 1.1 El Hospital optimiza la utilización de sus recursos en jornada ordinaria.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital analiza su situación respecto a las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y técnicas diagnósticas, establece objetivos de demora con los Servicios y pone en marcha las medidas oportunas dirigidas a conseguir una utilización óptima de los recursos en jornada ordinaria.		X	Auditoría externa*.
2	El Hospital evalúa mensualmente tanto el grado de cumplimiento de las medidas establecidas, como los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Auditoría externa*.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	Auditoría externa*.

\* Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

**OBJETIVO** 1.2 El Hospital aplica programas extraordinarios de autoconcertación.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital, una vez garantizado el rendimiento pactado en jornada ordinaria, aplica programas extraordinarios de autoconcertación para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o técnicas diagnósticas, en caso de ser necesarios para alcanzar sus objetivos de demora.		X	Auditoría externa* (verificación de la pertinencia de la autoconcertación en función de la consecución del rendimiento pactado en jornada ordinaria).
2	El Hospital evalúa mensualmente tanto el grado de cumplimiento de los programas de autoconcertación como los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Auditoría externa* (valoración del impacto de los programas sobre el número de pacientes en espera).
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	Auditoría externa*.

\* Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

**OBJETIVO** 1.3 El Hospital utiliza complementariamente recursos ajenos al sistema sanitario público (concertación externa).

**VALOR**

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	VALOR	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1 El Hospital utiliza los recursos sanitarios ajenos al sistema mediante concertación para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o técnicas diagnósticas, en caso de ser necesarios para alcanzar sus objetivos de demora.		X		Auditoría externa* (valoración del impacto sobre el número de pacientes en espera).
2 El Hospital evalúa bimensualmente tanto el grado de cumplimiento de los programas de concertación externa como los resultados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X		Auditoría externa*.
3 El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X		Auditoría externa*.

\* Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

**OBJETIVO** 1.4 El Hospital ajusta los tiempos de espera a criterios clínicos de importancia y pronóstico.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital elabora guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes (según criterios clínicos y/o sociales) en espera de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o pruebas diagnósticas, para los procesos de mayor prevalencia y/o gravedad. Dicha elaboración será progresiva comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio. Igualmente, establece el proceso para su implantación y los compromisos de tiempo de espera máxima para dichos procesos.		X	Documentos: - Guías o protocolos clínicos elaborados (incluyendo el proceso de implantación y el tiempo de espera máxima a garantizar).
2	El Hospital implanta las guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes elaborados en el ejercicio.		X	Informe en el que se especifican: - las guías o protocolos implantados y el proceso de implantación seguido.
3	El Hospital evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de priorización implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que para cada guía o protocolo clínico evaluado se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
4	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - las acciones precisas - los plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 2. GESTIÓN CLÍNICA RESPONSABLE Y RACIONAL POR PARTE DE LOS PROFESIONALES.

**OBJETIVO** 2.1 Implicación de los profesionales en la mejora de las listas de espera mediante la prescripción y uso racional de los recursos sanitarios.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital elabora e implanta guías o protocolos clínicos de indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera, para los procesos de mayor prevalencia y/o gravedad. Dicho proceso será progresivo, comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio.		X	Documentos: - Guías o protocolos clínicos.
2	El Hospital evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de priorización implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que para cada guía o protocolo clínico evaluado se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - las acciones precisas - los plazos - responsables.

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 3. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE ESPERAS A LA TOMA DE DECISIONES

**OBJETIVO** 3.1 El Hospital gestiona adecuadamente las entradas y las salidas de pacientes del registro de listas de espera.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital gestiona las entradas y salidas de pacientes del registro de listas de espera, ajustándose a los criterios de gestión integral normalizados y consigue los siguientes estándares: - porcentaje de salidas sin intervención inferior a un __ %. - porcentaje de consultas de especialidades no realizadas por no acudir el paciente inferior a un __%.		X	Auditoria externa*.
2	El Hospital evalúa mensualmente la gestión de las entradas y salidas del registro de listas de espera y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - las acciones precisas - los plazos - responsables.

\* Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).

**PLAN DE GESTIÓN 2004**

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO** 3. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE ESPERAS A LA TOMA DE DECISIONES

**OBJETIVO** 3.2 El Hospital adecua su Sistema de Información para dar respuesta ágil y fiable sobre las esperas.

**VALOR**

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2004	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital garantiza la obtención de toda la información necesaria para la planificación, gestión y evaluación de las Listas de espera, así como para proporcionar información individualizada a los usuarios.		X	Auditoria externa*.
1	El Hospital analiza mensualmente la adecuación entre sus necesidades de información y los sistemas utilizados para su recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe donde se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
1	El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - las acciones precisas - los plazos - responsables.

\* Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).

## **C.- OBJETIVOS DE ÁREA**

## **ANEXOS**

## **ANEXO A. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN**

La evaluación es una fase obligada de todo proceso de planificación que sirve para comprobar el grado de consecución de los objetivos propuestos. Debe de ser rigurosa, a la vez que eficiente, lo que sugiere el empleo de un procedimiento que minimice en lo posible la tarea de elaboración de la documentación necesaria para la acreditación de los logros, sin renunciar al conocimiento exhaustivo de la realidad que se quiere evaluar.

### **1. VALORACIÓN GLOBAL DEL PLAN DE GESTIÓN 2004:**

La valoración global del Plan de Gestión 2004 es de 10.000 puntos que se distribuyen entre los diferentes objetivos según el criterio siguiente:

1. Objetivos anuales de actividad y demoras	2.700 puntos (27%)
2. Objetivos anuales de cumplimiento de previsión de gasto.	2.700 puntos (27%)
3. Objetivos plurianuales	2.600 puntos (26%)
4. Objetivos de área	2.000 puntos (20%)

### **2. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS:**

#### **2.1 Objetivos Anuales de actividad y demora:**

Los indicadores de los objetivos anuales de actividad y demora a los que se ha asignado un valor con la puntuación correspondiente se presentan en la tabla de la página 19.

- Criterios generales de valoración:

- Logro excelente:

Se consigue cuando se cumpla o se supere la cifra señalada en la columna "objetivo".

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

- Logro adecuado:

Se consigue cuando hay incumplimiento del logro excelente, hasta un 5% de la cifra señalada en la columna "objetivo".

La puntuación obtenida será el 95% del valor del logro excelente.

- Logro insuficiente:

Se consigue cuando hay un incumplimiento del logro excelente, por encima de un 5% de la cifra señalada en la columna "objetivo".

La puntuación obtenida será 0.

- Criterios específicos:

Para los siguientes indicadores:

- Demora media quirúrgica, Demora máxima quirúrgica e Índice entradas / salidas de LEQ.

- Demora media de Consultas externas, Demora máxima Consultas Externas e Índice entradas / salidas de LECEX.

- Demora máxima Mamografías, TAC, Ecografías en RX y RM.

se valorará el cumplimiento mensual de la cifra señalada en la columna "Objetivo".

La puntuación anual se obtendrá del sumatorio de las puntuaciones mensuales logradas, siendo éstas la doceava parte de la señalada en la columna "Valor".

## **2.2 Objetivos Anuales de cumplimiento de previsión de gasto:**

- Criterios de valoración:

- Logro excelente:

Cuando se cumpla el presupuesto de gastos asignado, sin desviación alguna. La puntuación obtenida será de 2.700 puntos.

- Logro adecuado:

Cuando se cumpla el presupuesto de gastos asignado, con una desviación inferior al 1%.

La puntuación obtenida será de 1.350 puntos.

- Logro insuficiente:

Cuando se cumpla el presupuesto de gastos asignado, con una desviación igual o superior al 1%.

La puntuación obtenida será 0.

## **2.3 Objetivos Plurianuales:**

Cada objetivo tiene asignado un valor. Dicho valor se distribuye entre las actuaciones a desarrollar para el cumplimiento del objetivo.

- Criterios de valoración:

La puntuación lograda por el Hospital en este grupo de objetivos vendrá determinada por los objetivos alcanzados y, consecuentemente, por las actuaciones llevadas a cabo para su consecución.

## **2.4 Objetivos de Área:**

Cada uno de los objetivos establecidos tiene asignado un valor y la puntuación alcanzada por el área depende de los objetivos logrados. Se considera que un objetivo se ha logrado, cuando se cumplen los criterios de valoración de cada una de las actuaciones previstas para su consecución.

Desde la Dirección General de Asistencia se evaluará el grado de cumplimiento de este grupo de objetivos. En caso de que éstos no hayan sido alcanzados, el resultado afecta a todos los Centros Directivos del Área.

El Gerente de Salud de Área deberá proceder a la evaluación de las actuaciones y objetivos comprometidos para cada uno de los Centros de gestión y emitirá un informe sobre el grado de cumplimiento de los mismos.

## **2.5 Valoración Global del cumplimiento de objetivos por el Hospital:**

La puntuación global alcanzada por el Hospital será la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuatro grupos de objetivos: de actividad y demora, de cumplimiento de previsión de gasto, plurianuales y de área.

## **3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2004:**

Para compatibilizar las premisas de rigurosidad y eficiencia anteriormente mencionadas, en base a la experiencia acumulada en los años previos, se plantea la realización del proceso de evaluación del Plan de Gestión 2004 en dos fases:

### **1ª Fase: AUTOEVALUACIÓN:**

En esta fase inicial, cada Centro deberá realizar por si mismo la evaluación de cada uno de los objetivos correspondientes al Plan de Gestión 2004, siendo el Director Gerente del Hospital el último responsable de dicho proceso. Para ello, desde la Dirección General de Asistencia se remitirá un Impreso de autoevaluación específico para cada Centro en el que se deberá cumplimentar la/s actuación/es realizada/s para la consecución de cada uno de los objetivos.

El Impreso de autoevaluación debidamente cumplimentado se remitirá a la Dirección General de Asistencia en el plazo establecido para ello.

El hospital debe conservar la documentación que soporta la autoevaluación y que se especifica en los Criterios de Valoración del Plan de Gestión 2004. Dicha documentación estará a disposición de la Gerencia Regional de Salud.

### **2ª Fase: EVALUACIÓN EXTERNA:**

Esta segunda fase pretende asegurar el rigor del proceso de autoevaluación realizado por el Centro, minimizando la variabilidad en el proceso de evaluación que pudiera generarse en la fase anterior.

Este proceso de verificación se articula como una evaluación externa, para la que se constituyen grupos de evaluadores formados por varias personas. El perfil mixto de los componentes del grupo evaluador pretende asegurar y transmitir la equidad en la medida de los objetivos y la transparencia en el

proceso de evaluación, así como fomentar la participación de los Servicios Periféricos en la evaluación y facilitar el aprendizaje entre Centros.

Los objetivos a evaluar serán los mismos en todos los Hospitales y su selección se basa en criterios tales como prioridad para la Institución, valor estratégico para el desarrollo de su fin y representatividad del proceso que pretenden evaluar.

El grupo evaluador comprueba el grado de cumplimiento alcanzado en los objetivos seleccionados a través del análisis documental, la observación directa o entrevista, ateniéndose a los criterios de valoración de cada objetivo previstos en el Plan de Gestión 2004. Al finalizar la evaluación se proporcionará al Hospital un informe comunicando los objetivos evaluados en los que se ha obtenido discrepancia con su autoevaluación, pudiendo éste presentar las alegaciones correspondientes.

Posteriormente se compara el resultado obtenido por el grupo evaluador en los objetivos seleccionados con el resultado declarado por el propio Centro en la fase de autoevaluación y se estudian las alegaciones presentadas, si las hubiese. Si no existen discrepancias entre ambas valoraciones, se acepta la puntuación obtenida por el Hospital en la fase de autoevaluación. Si existen discrepancias se minora la puntuación global obtenida por el Centro en el mismo porcentaje que ha obtenido el grupo evaluador en los objetivos seleccionados.

## **ANEXO B. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

### **ESTRUCTURA DE LOS CENTROS**

---

#### **ESTRUCTURA FÍSICA**

##### **Camas instaladas.**

Se entiende por camas instaladas todas aquellas que puedan en algún momento convertirse en funcionantes.

##### **Camas en funcionamiento.**

Se entiende por camas en funcionamiento el promedio de camas hospitalarias realmente en servicio durante el periodo, hayan estado ocupadas o no. No se contabilizarán entre ellas las camas habilitadas o supletorias, independientemente de que sí se impute al área correspondiente la actividad que se genera en dichas camas.

No se consideran camas de hospitalización:

- Camas de urgencias.
- Inducción preanestésica.
- Reanimación (Despertar).
- Exploración.
- Hospital de Día y de noche.
- Acompañantes.
- Destinadas a personal del centro.
- Puestos de diálisis.
- Utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio y otras).
- Cunas de recién nacidos normales (áreas obstétricas).
- Incubadoras portátiles.

##### **Quirófanos programados funcionantes.**

Se contabilizará el promedio de los quirófanos dedicados a actividad quirúrgica programada durante el periodo y que realmente se han utilizado para actividad quirúrgica.

##### **Locales de consulta médicos.**

Se contabilizarán aquellos espacios físicos utilizados habitualmente por facultativos para realizar actos médicos de forma ambulatoria, y dotados con los medios suficientes para la práctica médica dependiendo de la especialidad de que se trate.

##### **Puestos de Hospital de Día Oncohematológico.**

Se contabilizarán aquellos espacios físicos utilizados para tratamientos farmacológicos o transfusiones administrados a pacientes VIH negativos, por procesos neoplásicos o hematológicos, realizados de forma ambulatoria.

### **Puestos de Hospital de Día SIDA.**

Se contabilizarán aquellos espacios físicos utilizados para tratamientos farmacológicos o transfusiones administrados a pacientes infectados por VIH, realizados de forma ambulatoria.

### **Puestos de Hospital de Día Geriátrico.**

Se contabilizarán aquellos espacios físicos utilizados para valoración geriátrica, rehabilitación o cuidados sociosanitarios, realizados de forma ambulatoria.

### **Puestos de Hospital de Día Psiquiátrico.**

Se contabilizarán aquellos espacios físicos utilizados para tratamiento psicológico o psiquiátrico, realizados de forma ambulatoria.

### **Puestos de Hospital de Día General.**

Se contabilizarán aquellos espacios físicos utilizados para tratamiento no especificado anteriormente, realizados de forma ambulatoria.

## **EQUIPAMIENTO**

Se señalará el equipamiento existente, con independencia de su ubicación y su estado (en tanto en cuanto no sea dado de baja).

## **ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Se reflejan las especialidades incluidas en la cartera de servicios del hospital, independientemente de su ubicación (Hospital, Centro de especialidades).

## **INDICADORES DE ACTIVIDAD. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

---

### **HOSPITALIZACIÓN**

#### **Número de altas.**

Se contabilizarán las altas ocasionadas por la salida de un paciente previamente ingresado en el hospital, dejando de ocupar una cama de hospitalización en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado, alta voluntaria, etc.) o del estado del paciente (curación, éxitus...).

#### **Estancia media global con extremos.**

Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización (se incluyen las habilitadas o supletorias) a la hora censal (24:00 horas). No generan estancias las camas de observación de urgencias, puestos de hemodiálisis, Hospital de día ni de noche (estudios del sueño), ni las de reanimación.

Es el promedio de días de estancia de cada paciente ingresado (SIAE).

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estancias}}{\text{Total de ingresos}}$$

**IEMA / Hospital año 2003.**

Estadístico que compara, para la casuística del Centro, su funcionamiento con respecto al año anterior. Se obtiene del CMBD.

**IEMA / Grupo año 2004**

Estadístico que compara, para la casuística del Centro, su funcionamiento con respecto al estándar. Se obtiene del CMBD.

**Peso Medio.**

Estadístico que indica la complejidad de la casuística del hospital. Se obtiene del CMBD.

**Estancia media preoperatoria en intervenciones quirúrgicas procedentes de lista de espera.**

Promedio en días de las estancias registradas en los pacientes intervenidos de modo programado desde su ingreso hasta el día de la intervención.

**EXTRACCIONES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

**Extracción renal**

Se contabilizará el número de donantes a los que se extrae exclusivamente riñones como órganos internos. La extracción es un procedimiento único con independencia del número de riñones extraídos.

**Extracción multiorgánica.**

Se contabilizará el número de donantes en los que la extracción ha incluido algún otro órgano interno además de los riñones.

**Extracción multitejidos.**

Se contabilizará el número de donantes a los que se realiza extracción de córneas, huesos largos (más de tres piezas), tejidos cardiovasculares (segmentos vasculares, válvulas cardíacas) y piel.

**Extracción renal + multitejidos.**

Se contabilizará el número de donantes a los que se realiza ambos tipos de extracciones, no contabilizándose como extracción renal ni de multitejidos.

**Extracción multiorgánica + multitejidos.**

Se contabilizará el número de donantes a los que se realiza ambos tipos de extracciones, no contabilizándose como extracción multiorgánica ni de multitejidos.

## **TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

Se contabilizarán las altas según el tipo de trasplante.

## **ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO**

Acumulado anual de la analgesia epidural efectivamente realizada, es decir, porcentaje de analgesias aplicadas a pacientes susceptibles de recibirla.

## **DETECCIÓN DE LA HIPOACUSIA INFANTIL**

Porcentaje de niños nacidos en el centro hospitalario a los que se ha realizado la detección precoz de hipoacusia según protocolo.

## **PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS**

Se contabilizarán los procedimientos extraídos a pacientes no hospitalizados.

### **Hemodinámica cardiaca diagnóstica.**

Se contabilizarán los pacientes a los que se les haya realizado Hemodinámica cardiaca diagnóstica.

### **Implante/revisión de marcapasos.**

Se incluirán los pacientes a los que se les haya realizado:

- Inserción de marcapasos permanente inicial o sustituido.
- Revisión de marcapasos con sustitución de generador.

*No se incluirán las revisiones de marcapasos sin sustitución de generador.*

### **Implante /sustitución de desfibrilador.**

Se incluirán los pacientes a los que se les haya realizado implante o sustitución de desfibrilador.

### **Radiocirugía simple o fraccionada.**

Se contabilizarán los pacientes a los que se les haya realizado radiocirugía simple o fraccionada.

### **Implante de neuroestimulador intracraneal.**

Se incluirán los pacientes a los que se les haya realizado implante de neuroestimulador intracraneal. Se obtiene del CMBD.

### **Implante coclear.**

Se incluirán los pacientes a los que se les haya realizado implante coclear. Se obtiene del CMBD.

### **Terapia fotodinámica.**

Se incluirán los pacientes a los que se les haya realizado terapia fotodinámica.

### **Prescripción y gasto farmacéutico de dispensación ambulatoria.**

Nº de pacientes: es el número de pacientes ambulatorios y / o externos anuales a los que se les dispensa medicación en el hospital para el tratamiento de la enfermedad descrita.

## **INDICADORES DE ACTIVIDAD. ÁREA QUIRÚRGICA**

---

### **NÚMERO DE INTERVENCIONES**

Debe entenderse por:

- Medios propios: aquellas intervenciones realizadas en el propio Hospital o CEP de Sacyl.
- Medios ajenos: aquellas intervenciones realizadas fuera del Hospital o CEP.

### **Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización (IQPH).**

Se contabilizarán los actos quirúrgicos realizados en quirófano (ambas condiciones deben cumplirse), programados (incluidos en la programación de quirófano) y a pacientes ingresados previa o posteriormente a la intervención.

### **Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias (IQPA).**

Se contabilizarán los actos quirúrgicos realizados en quirófano (ambas condiciones deben cumplirse), programados (incluidas en la programación de quirófano) y a pacientes que no han precisado ingreso ni previo ni posterior a la intervención.

### **Otros procesos quirúrgicos ambulatorios programados realizados fuera de quirófano (OPQPA).**

Se contabilizarán los actos quirúrgicos que por no precisar quirófano, se pueden realizar fuera de él. En este mismo apartado se incluyen, además, los procedimientos codificados como 86.3 de la CIE - 9ª- MC.

## **CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA EN QUIRÓFANO**

### **Porcentaje de cirugía ambulatoria que precisa quirófano.**

Porcentaje de intervenciones quirúrgicas que precisan quirófano, y se realizan de forma ambulatoria, sobre el total de cirugía programada.

### **Peso medio de la cirugía ambulatoria (IQPA).**

Estadístico que indica la complejidad de la casuística quirúrgica ambulatoria del hospital.

### **Rendimiento quirúrgico por especialidades.**

Se calcula el porcentaje de utilización quirúrgica (UQ %) en jornada de mañana para cada una de las especialidades indicadas.

Cálculo:

$$UQ \% = \frac{\sum \text{Tiempo } \dots \text{ utilizado}}{\sum \text{Tiempo } \dots \text{ disponible}} \times 100$$

*Tiempo utilizado:* Suma de los tiempos (en horas) transcurridos desde la entrada al quirófano de cada uno de los pacientes hasta su salida del mismo para todas las intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en el hospital durante el mes en jornada de mañana.

*Tiempo disponible:* Tiempo total (en horas) de quirófano que ha estado disponible para intervenciones quirúrgicas programadas durante el mes. Para su cálculo se contabilizarán siete horas de disponibilidad por turno y se restará el tiempo dedicado a intervenciones urgentes realizadas en el hospital en los quirófanos programados en jornada de mañana.

## **INDICADORES DE ACTIVIDAD. ÁREA DE URGENCIAS**

---

### **Nº total de urgencias.**

Se contabilizará el número de enfermos atendidos y registrados en urgencias con independencia de si se ha producido o no ingreso. Se excluirán las urgencias generadas por enfermos ya ingresados.

### **Porcentaje de urgencias ingresadas.**

Porcentaje de enfermos atendidos y registrados en urgencias que generan ingreso hospitalario.

## **INDICADORES DE ACTIVIDAD. ÁREA AMBULATORIA**

---

### **ACTIVIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS**

#### **Consulta.**

Acto clínico realizado de forma ambulatoria y programada, en un local de consultas externas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física. No deben, por tanto, contabilizarse como consultas:

- Las realizadas por personal de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales.
- Las realizadas a pacientes ingresados, por peticiones entre Servicios de un mismo Hospital.
- La realización o el informe de pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- La extracción de muestras.
- Los meros actos de cumplimentación de impresos de peticiones.

Debe entenderse por:

- Medios propios: aquellas consultas realizadas en el propio Hospital o CEP de SACYL.
  - . Con recursos ordinarios: realizadas con recursos del Hospital o CEP en jornada ordinaria.
  - . Con recursos extraordinarios: realizadas con recursos del Hospital o CEP fuera de jornada ordinaria.
- Medios ajenos: aquellas consultas realizadas fuera del Hospital o CEP.

Se contabilizarán las consultas efectivamente realizadas y no las citadas no realizadas.

### **Primeras consultas.**

Es la consulta efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor.

Se contabilizarán las consultas:

- Solicitadas por A.P. para un paciente del que no existe indicación de revisión para la especialidad.
- Cribaje poblacional.
- Las generadas tras la asistencia en el servicio de urgencias hospitalario.
- Las interconsultas entre especialidades.
- Con otro origen (Centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales, Órganos judiciales...).

### **Consultas Sucesivas.**

Se contabilizarán las consultas:

- Prescritas por médicos de una misma especialidad subsecuentes a la primera consulta, independientemente del tiempo transcurrido desde la primera consulta.
- Generadas para el seguimiento de un proceso de hospitalización.
- Generadas por derivación entre médicos de la misma especialidad o unidad asistencial, aun cuando sea desde una consulta general a una monográfica, o de un CEP al hospital.

## **ACTIVIDAD EN HOSPITAL DE DÍA**

Se contabilizarán los pacientes atendidos ambulatoriamente en Hospital de Día. El tratamiento debe suponer la permanencia en el Centro durante varias horas. No se contabilizarán las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.), ni aquellos procedimientos que ya estén recogidos como "Procedimientos extraídos".

### **HDD Oncohematológico.**

Tratamiento a pacientes VIH negativos, por procesos neoplásicos o hematológicos.

### **HDD SIDA.**

Tratamientos a pacientes infectados por VIH.

**HDD Geriátrico.**

Pacientes atendidos para valoración geriátrica, rehabilitación o cuidados socio-sanitarios.

**HDD Psiquiátrico.**

Pacientes atendidos para tratamiento psiquiátrico, psicológico o en programa de hospitalización parcial.

**HDD General.**

Pacientes atendidos para tratamiento no especificado anteriormente.

**PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS**

Debe entenderse por:

- Medios propios: aquellos procedimientos realizadas en el propio Hospital o CEP de Sacyl.
- Medios ajenos: aquellos procedimientos realizadas fuera del Hospital o CEP.

**Ergometrías cardiacas.**

Se contabilizarán las ergometrias realizadas por el Servicio de Cardiología.

**ECG-Holter.**

Se contabilizarán los Holter realizados por el Servicio de Cardiología.

**Ecocardiograma.** Se contabilizarán las ecografías realizadas por el Servicio de Cardiología. Se diferenciarán los ecocardiogramas trans-torácicos, trans-esofágicos y los farmacológicos.

**Colonoscopias.**

Se contabilizarán las colonoscopias realizadas por el Servicio de Digestivo.

**Gastroscopias.**

Se contabilizarán las gastroscopias realizadas por el Servicio de Digestivo.

**CPRE diagnósticas.**

Se contabilizarán exclusivamente las CPRE diagnósticas, realizadas por el Servicio de Digestivo.

**Broncoscopias.**

Se contabilizarán las broncoscopias realizadas por el Servicio de Neumología.

**EMG.**

Se contabilizarán las EMG realizadas por el Servicio de Neurofisiología.

**Estudios de sueño.**

Se contabilizarán los estudios de sueño relacionados con la apnea del sueño.

**Otros estudios de sueño.**

Se contabilizarán el resto de los estudios de sueño.

**Potenciales evocados.**

Se contabilizarán los potenciales evocados realizados por el Servicio de Neurofisiología.

**Mamografías.**

Se contabilizarán las mamografías ordinarias realizadas por el Servicio de Radiología, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...).

**TC convencional.**

Se contabilizarán las TC realizadas en jornada ordinaria por el Servicio de Radiología, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...).

**TC helicoidal.**

Se contabilizarán las TC realizadas por el Servicio de Radiología, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...).

**RM.**

Se contabilizarán las RM realizadas por el Servicio de Radiología, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...).

**Eco Rx.**

Se contabilizarán las Ecografías realizadas por el Servicio de Radiología, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...). Se contabilizarán por separado las ecografías Doppler.

**Angiografías.**

Se contabilizarán las angiografías realizadas por el Servicio de Radiología, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...).

**Densitometrías óseas.**

Se contabilizarán las densitometrías, independientemente de su procedencia (programadas, urgencias...) y de la técnica utilizada.

**CPRE terapéuticas.**

Se contabilizarán las CPRE realizadas.

**Broncoscopia terapéutica, Oxigenoterapia, CPAP, BiPAP, Aerosolterapias, Ventilación mecánica a domicilio, Hemodiálisis, Diálisis domiciliaria, CAPD.**

Se reseñará el promedio mensual de pacientes que reciben el tratamiento.

**Radioterapia y Litotricia.**

Se contabilizarán los pacientes que reciben el tratamiento durante el mes.

**Cobaltoterapia.**

Se contabilizarán los pacientes a los que se les ha realizado cobaltoterapia.

**Acelerador lineal.**

Se contabilizarán los pacientes con los que se ha utilizado acelerador lineal.

## **INDICADORES DE DEMORAS**

---

### **DEMORA QUIRÚRGICA**

**LEQ Total.**

Se contabilizarán todos los pacientes que estén incluidos el último día del mes / período de estudio en el registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, y para cuya realización es imprescindible la utilización de un quirófano. **No se incluirán** en el registro y, por tanto **no se contabilizarán**, los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica, aquellos pacientes para quienes, por su procedimiento, no se tiene prevista la utilización de un quirófano, ni las exploraciones instrumentales diagnósticas y / o terapéuticas, que tendrán su registro específico.

**LEQ de 3 a 6 meses**

Se contabilizarán todos los pacientes incluidos en la LEQ Total y que en el último día del mes / período de estudio esté comprendida su inclusión en el registro, con fecha anterior a 3 meses y que no supere los 6 meses.

**Demora Media**

Promedio de días de demora de los pacientes en LEQ a último día del mes / período de estudio.

Cálculo:

$$Demora\ media = \frac{\sum (Fecha\ de\ corte - Fecha\ de\ Inclusión)}{Total\ de\ pacientes\ en\ LEQ}$$

*Fecha corte:* último día del mes / período de estudio

*Fecha inclusión:* fecha de inclusión del paciente en LEQ.

### **Demora Máxima para intervenciones quirúrgicas.**

Días naturales de demora que existen entre la fecha de registro y la fecha de la intervención.

### **Índice entradas / salidas LEQ**

Cociente entre los pacientes que han sido incluidos en el registro de LEQ durante el periodo de estudio, y los que han salido del registro por cualquier motivo en el mismo periodo.

## **DEMORA DE PRIMERAS CONSULTAS**

### **Total pacientes en espera de CEX**

Incluye, y por tanto se contabilizarán, los pacientes que el último día del mes / período de estudio se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada, con demora entre la fecha de solicitud de cita y la fecha de cita asignada, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles (espera estructural). **No se incluyen** y, por tanto, **no se contabilizarán**, los pacientes cuya espera es atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales, por libre elección de médico) y los pacientes citados para la fecha propuesta por el médico solicitante (espera no estructural).

### **Nº de pacientes en espera más de 60 días para CEX.**

Incluye, y por tanto se contabilizarán, los pacientes que el último día del mes / período de estudio se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada, con demora (expresada en días naturales) que supere los 60 días entre la fecha de solicitud de cita y la fecha de cita asignada, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

### **Demora Media de CEX (Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes).**

Tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural para primera consulta hasta la fecha de estudio / corte.

Cálculo:

$$Demora\ media = \frac{\sum \text{días naturales (fecha de corte - fecha de inclusión en registro)}}{N^\circ \text{ de pacientes en el registro}}$$

*Fecha corte:* último día del mes / período de estudio.

*Fecha inclusión:* fecha de inclusión del paciente en LECEX.

### **Demora Máxima para primeras consultas.**

Días naturales de demora estructural que existen el último día del período (mes) para obtener una cita para una primera consulta con carácter no preferente (primer hueco no excepcional de la agenda) en la agenda con la mayor demora de la especialidad / hospital.

### **Índice entradas / salidas LECEX**

Cociente entre los pacientes que han sido incluidos en el registro de LECEX durante el periodo de estudio, y los que han salido del registro por cualquier motivo en el mismo periodo.

### **DEMORA DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS**

#### **Total pacientes en espera de Técnicas Diagnósticas (TD).**

Incluye, y por tanto se contabilizarán, los pacientes que el último día del mes / período de estudio se encuentran pendientes de la realización de una Técnica Diagnóstica, con demora entre la fecha de solicitud de cita y la fecha de cita asignada, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles. **No se incluyen** y, por tanto, **no se contabilizarán**, los pacientes cuya espera es atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales) o cuando se trate de una Técnica Diagnóstica de control (definida como la solicitada a un paciente para valorar la evolución de su proceso, tras haber efectuado ya una prueba anterior).

#### **Nº de pacientes en espera más de 60 días para TD.**

Incluye, y por tanto se contabilizarán, los pacientes que el último día del mes / período de estudio se encuentran pendientes de la realización de una técnica Diagnóstica en atención especializada, con demora (expresada en días naturales) que supere los 60 días entre la fecha de solicitud de cita y la fecha de cita asignada, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

#### **Demora Media para Procedimientos diagnósticos. (Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes).**

Tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural para primera prueba diagnóstica hasta la fecha de estudio / corte.

Cálculo:

$$\text{Demora media} = \frac{\sum \text{días naturales (fecha de corte - fecha de inclusión en registro)}}{\text{Nº de pacientes en el registro}}$$

*Fecha corte:* último día del mes / período de estudio.

*Fecha inclusión:* fecha de inclusión del paciente en LE.

#### **Demora Máxima para Procedimientos diagnósticos.**

Días naturales de demora estructural que existen el último día del mes para obtener una cita para cada una de las pruebas con carácter no preferente en la agenda que tenga la demora máxima. Únicamente se registrará la demora extrahospitalaria (excluye la demora para pruebas solicitadas para pacientes ingresados).

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS 2003-2007 (ACLARACIONES)

---

### DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN

El Equipo Directivo debe establecer, liderar y desarrollar:

**- La composición de los órganos de negociación:**

- 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.

**- La metodología de negociación que, en líneas generales, contemplará:**

distribución amplia y explicada de: 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.

**- 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).

**- El proceso de seguimiento, evaluación y aplicación de medidas correctoras a lo largo del ejercicio:**

- indicadores

- metodología de evaluación

- calendario

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.

La oportuna comunicación de todo el proceso a los órganos de representación de usuarios y trabajadores, medios de comunicación social...

## ENCUESTAS DE POSTHOSPITALIZACIÓN SERVQHOS

El Hospital debe tenerla implantada y aplicarla según los siguientes criterios:

- Tipo de estudio: transversal mediante encuesta de opinión.
- Periodo: dos veces al año.
- Población y muestra: número total de altas del periodo de estudio exceptuando exitus, 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.

## GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

Actuación 1: Descripción de las herramientas utilizadas para el desarrollo de un modelo de gestión clínica para una utilización de medicamentos eficaz, segura, coste-efectiva y de calidad:

### 1. Selección de medicamentos:

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT), evalúa únicamente las propuestas de inclusión de nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica que disponen de un informe técnico con un contenido mínimo y emite un informe justificado al servicio solicitante sobre el resultado de la evaluación.

Contenido mínimo que debe incluirse en los informes técnicos para la solicitud de inclusión de un nuevo principio activo en la GT:

Epígrafes que debe incluir el informe del servicio solicitante:

1. Identificación del medicamento.
2. Servicios que lo solicitan e indicaciones para las que se pretende utilizar.
3. Descripción del medicamento.
4. Área farmacológica que cubre y situación que ocupa en la GT.
5. Evaluación de la eficacia.
6. Evaluación de la seguridad.
7. Evaluación económica (si se dispone de ella).
8. Bibliografía.
9. Autores del informe.

Epígrafes que debe incluir el informe del CIM:

1. Los anteriores.
2. Evaluación económica.
3. Propuesta de indicaciones y servicios para los que se pretende aprobar.
4. Condiciones de uso en el hospital.

## 2. **Guía Farmacoterapéutica:**

Documento consensado que contiene información técnica de los productos que la constituyen, que como mínimo incluye los siguientes bloques:

1. indicaciones, dosis, vía de administración...
2. interacciones, condiciones de uso, protocolos...
3. uso en situaciones especiales (ancianos, embarazadas...), anexos... (implantación progresiva por bloques)

Esta Guía Farmacoterapéutica se actualiza anualmente y se distribuye al 100% de los facultativos del hospital, a todas las unidades de hospitalización, a los trabajadores de nueva incorporación y se incluye en la Intranet del hospital.

## 3. **Programa de Intercambio Terapéutico:**

Documento que incluye:

- el Protocolo de Equivalentes Terapéuticos: contiene la relación de Equivalentes Terapéuticos que son susceptibles de sustitución en la prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica, y la actitud terapéutica a seguir.
- el Manual de Procedimientos para la aplicación del Protocolo de Equivalentes Terapéuticos

Este Programa se actualiza anualmente y se difunde entre el personal sanitario.

Actuación 2: Evaluación de los resultados de la aplicación de las herramientas que incluye:

### 1. **Selección de medicamentos:**

Análisis de la calidad de los informes de los principios activos solicitados para su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica y seguimiento de la adecuación de las condiciones de uso aprobadas en los nuevos los nuevos principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica que suponen un elevado impacto económico en el hospital; en relación al subgrupo terapéutico al que pertenecen.

Nuevos principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica que suponen un elevado impacto económico en el hospital:

se consideran aquellos en los que la estimación coste tratamiento / paciente (PMC) sea superior a 500 € o aquellos en los que la estimación de las adquisiciones anuales ( PMC) sea superior al 20 % de las adquisiciones anuales del total del subgrupo terapéutico al que pertenece.

## 2. **Guía Farmacoterapéutica:**

Análisis de la utilidad de la información contenida en la GFT y del procedimiento de difusión empleado a través de una encuesta realizada al personal facultativo y enfermería.

## 3. **Programa de Intercambio Terapéutico:**

Análisis de la aplicación y la aceptación por los médicos prescriptores del Programa de Intercambio Terapéutico y del procedimiento de difusión empleado.

## **OBJETIVOS DE ÁREA (ACLARACIONES)**

---

### **GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL**

Definición de los indicadores utilizados:

#### **Duración Media por Asegurado (D. M. A.):**

$$\frac{\text{Nº de días en baja de las altas}}{\text{Nº total de asegurados activos (A. A.)}}$$

#### **Porcentaje de Bajas (P. B.):**

$$\frac{\text{Nº de bajas a fin de mes}}{\text{Nº total de asegurados activos (A. A.)}} \times 100$$

#### **Índice mensual de bajas (I. M. B.):**

$$\frac{\text{Nº de bajas del mes}}{\text{Nº total de asegurados activos (A. A.)}} \times 100$$



#### NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.
- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).
- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

#### - Estructura de los trabajos:

- Título
- Autor/es
- Área - servicio ó unidad
- Función o cargo que desempeña/n
- RESUMEN
- Introducción (motivación, justificación, objetivos)
- Texto: según el tema que se trate
  - en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
  - en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión
- Conclusiones
- Bibliografía

#### - Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)
- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**
- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)
- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)
- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color
- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

#### - Modo de envío de los trabajos:

- por **correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- **depositándolos directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista del Hospital)
- por **correo electrónico:** [ucalid@hvcn.sacyl.es](mailto:ucalid@hvcn.sacyl.es) (disponible en la web: [www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))