



versión digital
ISSN: 1578-7516



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA
Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

NuevoHospital

Vol. IV - Nº 15 - Año 2004 - Nº edición: 73

Publicado el 26 de marzo de 2004

MANUAL DE CALIDAD 2004 (versión 3-2004)

Edición digital no controlada

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

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
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.



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA
HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE

UNIDAD DE CALIDAD

MANUAL DE CALIDAD

EDICIÓN Nº 3-2004
SUSTITUYE A: EDICIÓN Nº 2-2003 DE 17-febrero-2003

COPIA

NO CONTROLADA

Elaborado:
D. Jose Luis Pardal Refoyo
Coordinador del Calidad
Unidad de Calidad

Fecha: 22-MARZO-2004

ÍNDICE

	Capítulo	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LA EMPRESA	3
2	RESUMEN HISTÓRICO	3
3	AMBITO DE APLICACIÓN: Misión, Visión, Líneas estratégicas	3
4	MANUAL DE CALIDAD	4
5	RELACIÓN DE SERVICIOS-UNIDADES	8
6	REQUISITOS GENERALES	9
7	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	9
8	CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN	10
8.1	Control de los registros	10
	-DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD. PROCEDIMIENTO GENERAL DE REGISTRO DE DOCUMENTOS	11
	-PROCESO DE REGISTRO y UTILIZACIÓN DOCUMENTAL y RECURSOS DE INVESTIGACIÓN	12
	-GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA UNIDAD DE CALIDAD (8.2)	13
	-GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS: PROCEDIMIENTO PARA SU DIFUSIÓN	15
9	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	16
10	LA UNIDAD DE CALIDAD	16
11	LA COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD	18
12	NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS	19
13	OBJETIVOS (del Plan Anual de Gestión)	21
14	OBJETIVOS DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS. Objetivos comunes para todas las comisiones	31
	OBJETIVOS DE CADA COMISIÓN	32
15	OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS y UNIDADES CLÍNICAS y NO ASISTENCIALES	44
	OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS ASISTENCIALES	45
	OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS NO ASISTENCIALES	48
	OBJETIVOS POR SERVICIOS y UNIDADES (HOJA A y B)	49
	HOJA A (objetivos PAG)	
	HOJA B (objetivos propios)	
	METODOLOGÍA POR OBJETIVO (HOJA B)	52
	Esquema tabla EXCEL	
	Modelo en papel	
16	RECOGIDA DE RESULTADOS	55
17	BIBLIOGRAFÍA	56

1- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA
Institución:	SACYL
Dirección:	
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA	AVDA. REQUEJO Nº 35 - 49022 ZAMORA Teléfono: 980 548 200 Página web: http://www.calidadzamora.com Correo electrónico: ucalid@hvcn.sacyl.es
HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA	C/ HERNÁN CORTÉS Nº 40 – 49021 ZAMORA Teléfono: 980 520 200
HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE	C/ LUISA MOZO Nº 6 – 49600 BENAVENTE (ZAMORA) Teléfono: 980 631 900

2- RESUMEN HISTÓRICO

El Hospital Virgen de la Concha funciona desde 1955, reformado en los años 70 y 80 afronta en el momento actual su más profunda reforma. Desde 1992 tiene acreditación docente para Medicina de Familia, Traumatología y Medicina Interna. Los cambios acaecidos desde su fundación hasta hoy han sido enormes (cambios sociales, políticos, tecnológicos). El 7 de octubre de 1999 el Presidente Ejecutivo del Insalud aprobó el Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha. En él se definieron su misión y objetivos. En 1997 en aplicación de la normativa que lo regula se creó la figura del Coordinador de Calidad. Durante el periodo 1997 – 2001 el Hospital desarrolló los objetivos de calidad recogidos en los Contratos Anuales de Gestión del Insalud. En el año 2001 se creó una Unidad de Calidad que integra a profesionales no sanitarios con una estructura y sistema de gestión que se desarrolla en este manual. El año 2002 supuso un periodo de transición en el que se produjeron las transferencias en materia de sanidad a la Junta de Castilla y León y se creó el organismo gestor SACYL. En este año 2003 se producirá la fusión de los tres hospitales del Área de Salud de Zamora que se denominará Complejo Asistencial de Zamora (Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial de Zamora y Hospital Comarcal de Benavente).

Este año 2003 es el primero en el que los tres hospitales desarrollarán un único Plan Anual de Gestión lo que supondrá cambios progresivos en la metodología de trabajo comenzando por la creación de las Comisiones de Objetivos de las unidades, la ampliación de la Comisión Central de Garantía de Calidad y de las Comisiones en ella representadas. Por este motivo alguna información respecto a la organización se irá modificando a lo largo del año al ritmo de los cambios que vayan produciéndose.

3- AMBITO DE APLICACIÓN

El sistema de calidad aplicado en el Complejo Asistencial de Zamora incluye a todos los servicios y procesos.

Misión

El Complejo Asistencial de Zamora es un hospital público del SACYL (Sanidad de Castilla y León) que agrupa a los tres hospitales del Área de Salud de Zamora (Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial de Zamora y Hospital Comarcal de Benavente) cuya finalidad principal es dar asistencia especializada a la población de la provincia de Zamora, reforzando su posición de liderazgo. Presta sus servicios atendiendo a las necesidades sanitarias de la comunidad a la que sirve, adaptando su oferta y aproximándola al usuario. Impulsa su actuación en coordinación con el resto de dispositivos sanitarios, garantizando la continuidad asistencial permanentemente. La organización se esfuerza en situar al usuario como eje fundamental de su actuación asistencial, priorizando el desarrollo de una medicina eficaz, eficiente, cualitativamente contrastada y en continuo proceso de mejora. El Hospital procura la máxima implicación del personal en la consecución de los objetivos institucionales promoviendo su progresión profesional y favoreciendo su sentido de pertenencia a la organización.

Visión

El Complejo Asistencial de Zamora ha de convertirse en el centro hospitalario de primera elección para los receptores de sus servicios en el Área de Salud de Zamora (servicios asistenciales, servicios docentes, servicios de investigación clínico-epidemiológica, servicios administrativos y de gestión)

Líneas estratégicas

Se recogen en el Plan Anual de Gestión que desarrolla diversas líneas estratégicas

Para cumplir con la *misión*

- Consolidación de la oferta de servicios (Cartera de servicios)
- Implantación de servicios no existentes actualmente y que son demandados por la población
- Implantación de una política de calidad.
- Desarrollo del modelo organizativo.

Para progresar hacia la *visión*

- Fidelización de la población de referencia
- Proyección del Hospital. Incremento del prestigio y liderazgo. Mejora de la imagen corporativa.

4- MANUAL DE CALIDAD

El **Manual de Calidad** es el documento de mayor nivel en el sistema de calidad del Hospital (Primer Nivel en el Sistema documental de Calidad) que se complementa con el **Plan Anual de Gestión 2003-2005**¹ y con el **Manual de metodología**. Los procedimientos se irán detallando en los documentos propios de las comisiones clínicas y servicios-unidades (Segundo nivel: **Manual de Procedimientos Generales**; Tercer nivel: **procedimientos específicos e instrucciones** y Cuarto nivel: **Registros de calidad**).

El manual de calidad contiene:

- La descripción de la situación existente y las metas operativas formuladas por el Hospital dentro de los temas incluidos en el manual de la calidad.
- Los periodos en los que la institución intenta conseguir dichos objetivos en el campo de la mejora de la calidad y la periodicidad con la que va a ser evaluada el nivel de la calidad
- Los instrumentos y procedimientos ordenados de medida a través de los cuales puede conocerse el progreso sobre la calidad y los resultados.
- La definición de la metodología a utilizar en la investigación sistemática de la satisfacción de los clientes, los resultados de estos estudios y las medidas que se proponen para corregirlos.

La política de la calidad de la institución con los elementos antes descritos, se le da forma en el manual de la calidad y en el plan de la calidad ratificados por la máxima autoridad de la institución.

Redacción, implantación y control del Manual de Calidad:

- El Manual de Calidad es elaborado por el Coordinador de Calidad
- Su contenido es valorado y modificado por la Comisión Central de Garantía de Calidad
- Cada versión del manual es aprobado por la Junta Técnico-Asistencial ó Comisión Mixta
- El manual se renueva anualmente tras la aprobación del Plan Anual de Gestión
- En el caso de acontecer cambios a lo largo del año se elabora y distribuye una nueva versión
- La Comisión Central de Garantía de Calidad introducirá los cambios que considere necesario en el Manual de Calidad.

Distribución controlada:

- Comisión Central de Garantía de Calidad
- Comisión de Dirección
- Comisiones clínicas (a través de sus presidentes)
- Comisiones de objetivos (a través de los jefes de servicio / responsables de unidad)
- Comisión Mixta – Junta Técnico-Asistencial

Documentación que se entrega a cada responsable:

- Manual de Calidad en papel
- Cdrom con Manual de Calidad, Plan Anual de Gestión en excel y pdf, Manual de metodología

Distribución no controlada:

- Revista Nuevo Hospital / página web

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

El presente manual mantiene la estructura y distribución de objetivos del Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL.

1. Los objetivos se asignarán anualmente a los servicios-unidades y comisiones y áreas representadas en la CCGC.
2. El Manual de Calidad recoge los Objetivos generales y operativos a los que el Complejo Asistencial de Zamora está obligado. Tras la firma del Plan Anual de Gestión se comunicarán las modificaciones oportunas a aquellas áreas afectadas a través de sus representantes o responsables.
3. Los servicios-unidades serán autónomos para decidir el o los responsables de cada objetivo y los objetivos propios que deseen incorporar así como el calendario de ejecución de dichos objetivos.
4. Los líderes serán inicialmente los jefes de servicio- unidad o presidentes de las comisiones de objetivos, los presidentes de las comisiones clínicas y los responsables de objetivos.
5. Las Comisiones establecerán relaciones de colaboración con los servicios-unidades implicados en cada objetivo distribuyendo las actividades y estableciendo los apoyos y colaboraciones mutuas necesarias.

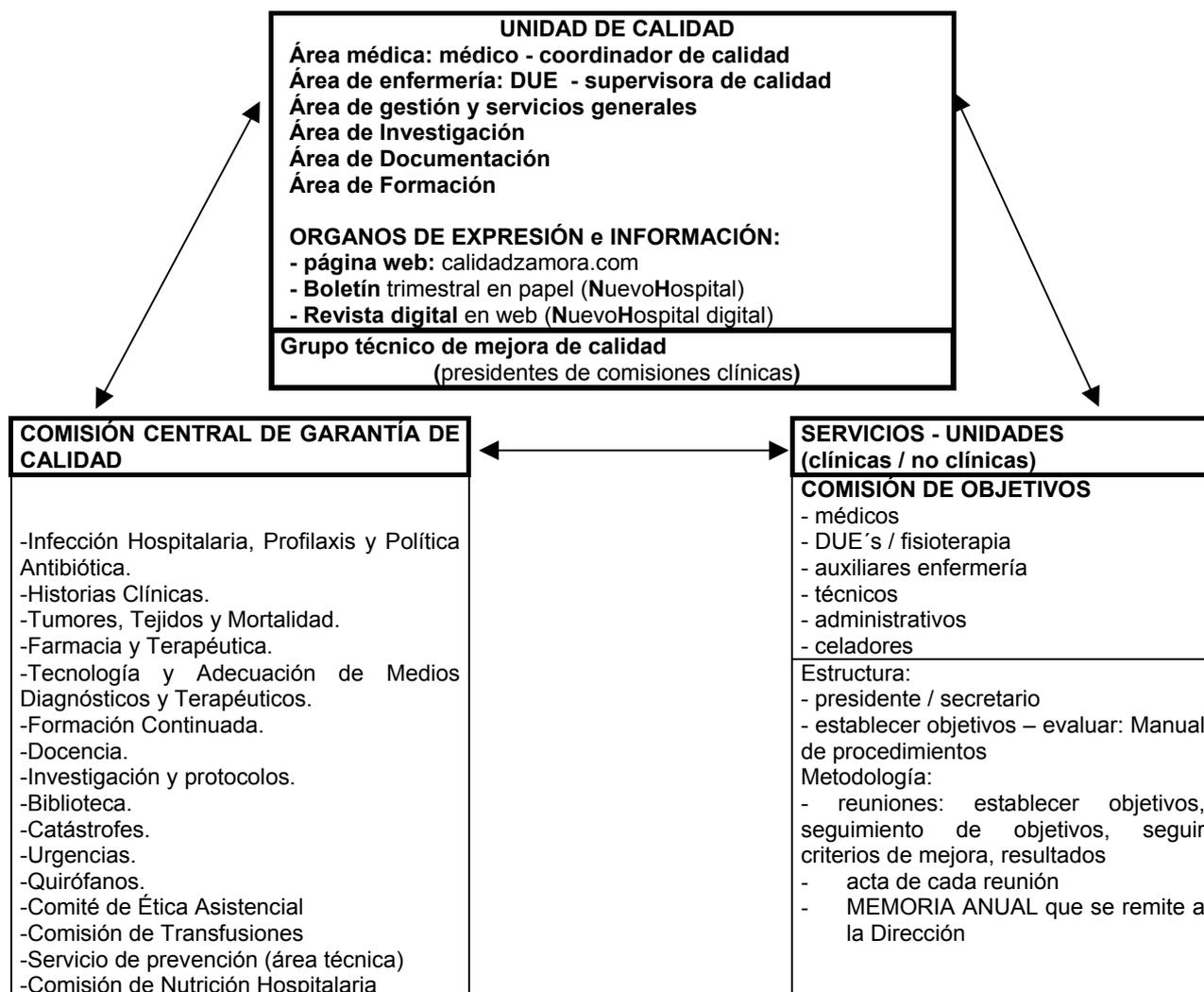
Como conclusión el presente manual pretende:

- ✓ Dotar a los trabajadores del Hospital de un Manual de calidad en el que se recojan los objetivos de calidad y acciones de mejora continúa sobre los que trabajar durante el año.
- ✓ Planificar los objetivos
- ✓ Proporcionar la metodología de trabajo y plazos de ejecución

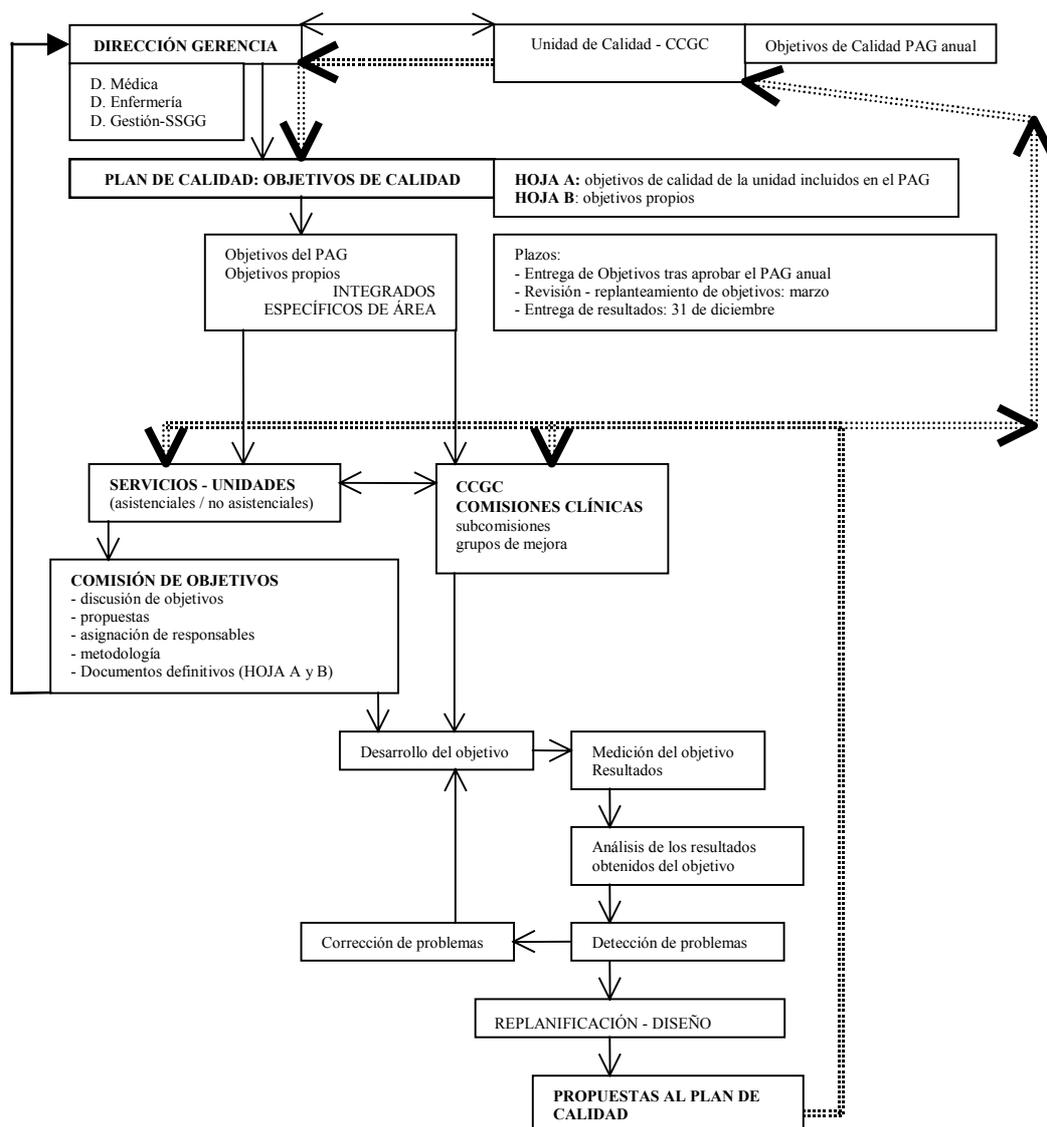
¹ GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA". Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347) (<http://www.calidadzamora.com>)

Áreas implicadas en el desarrollo del Plan de calidad:

- ✓ COMISIÓN DE DIRECCIÓN
- ✓ COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD
- ✓ COMISIONES HOSPITALARIAS
- ✓ GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD
- ✓ COMISIONES DE OBJETIVOS
- ✓ SERVICIOS-UNIDADES MÉDICAS
- ✓ UNIDADES DE ENFERMERÍA
- ✓ SERVICIOS-UNIDADES NO ASISTENCIALES



PROCESO DE ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD





METODOLOGÍA

1. El presente manual se distribuirá entre todos los responsables de servicio-unidad, miembros de la CCGC y de la Comisión Mixta.
2. Se publicará en la página web (www.calidadzamora.com) para que esté disponible para todos trabajadores
3. A cada servicio-unidad se le entregarán los objetivos propuestos recogidos en el manual de calidad con la siguiente documentación:

DOCUMENTO	FORMATO
MANUAL DE CALIDAD	Papel y WORD
HOJA A (objetivos del Plan Anual de Gestión)	Papel y WORD
HOJA B (objetivos específicos de cada servicio-unidad)	Papel y WORD
METODOLOGÍA (Manual anexo)	Papel y WORD

4. Se distinguen los objetivos recogidos en el plan de calidad y los propios del servicio-unidad
5. Cada servicio-unidad constituirá su comisión de objetivos.
6. La comisión de objetivos valorará los objetivos y devolverá las hojas definitivas firmadas a la unidad de calidad. Estas hojas serán firmadas a su vez por el Área de Dirección correspondiente.
7. Se establecen los siguientes **PLAZOS**:

ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO, REMISIÓN DE LOS OBJETIVOS A LA UNIDAD DE CALIDAD	Tras la aprobación del Plan Anual de Gestión
REVISIÓN - REPLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	Marzo
ENTREGA DE LOS RESULTADOS	31 de diciembre
MEMORIA ANUAL	20 de enero

(el proceso de asignación y seguimiento de los objetivos de calidad se recogen en el esquema)

8. Cada objetivo debe ser explotado como una línea de investigación. Para ello cada responsable de objetivo puede asesorarse en la Unidad de Calidad y en la Unidad de Investigación.
9. Se establece un diagrama para la utilización de la documentación clínica de obligado cumplimiento.
10. Los nuevos documentos que se pretendan incluir han de ser enviados obligatoriamente a la comisión correspondiente para su registro y validación (ver apartado de "Requisitos de la Documentación")
11. En la revista **NuevoHospital** se publicarán los artículos, trabajos y comentarios que sean enviados.

5- RELACIÓN DE SERVICIOS-UNIDADES

SERVICIOS - UNIDADES MÉDICAS	UNIDADES DE ENFERMERÍA	SERVICIOS NO SANITARIOS
ALERGOLOGÍA	ADMISIÓN	ADMINISTRACION PERIFERICA
ANATOMIA PATOLOGICA	ATENCIÓN AL PACIENTE	ADMINISTRACION SERVICIOS CENTRALES
ANESTESIA	CARDIOLOGIA	ADMISION DE URGENCIAS
BIOQUIMICA	CIRUGIA / INFECTOLOGÍA / ENDOCRINO / NEFROLOGÍA	ADMISION GENERAL
CARDIOLOGIA	ESTERILIZACIÓN	ATENCION AL PACIENTE
CIRUGIA	FARMACIA	BIBLIOTECA
DERMATOLOGIA	FISIOTERAPIA	CENTRAL SINDICAL
DIGESTIVO	GINECOLOGÍA	CENTROS AJENOS
ENDOCRINOLOGIA	HEMATOLOGIA	CITACION PREVIA
FONIATRIA (Rehabilitación)	HEMODIÁLISIS	COCINA
GINECOLOGIA -OBSTETRICIA	LABORATORIO ANATOMÍA PATOLÓGICA	COMUNICACIONES
HEMATOLOGIA	LABORATORIO BIOQUÍMICA	CONSERJERIA
HOSPITALIZACION A DOMICILIO	LABORATORIO HEMATOLOGÍA	CONTABILIDAD
INFECTOLOGIA	LABORATORIO MICROBIOLOGÍA	DIFERENCIAS DE INVENTARIO FARMACIA
MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA INTENSIVA- UCI	DIFERENCIAS DE INVENTARIO HOSTELERIA
MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA/DIGESTIVO	DIFERENCIAS DE INVENTARIO MANTENIMIENTO
MEDICINA PREVENTIVA	NEUMOLOGÍA	DIFERENCIAS DE INVENTARIO SUMINISTROS
MICROBIOLOGIA	NEUROLOGÍA / REUMATOLOGÍA	DIRECCION
NEFROLOGIA	OBSTETRICIA - PARITORIO	DOCENCIA
NEUMOLOGIA	PEDIATRÍA (LACTANTES/NEONATOS/ESCOLARES)	DOCUMENTACION CLINICA
NEUROFISIOLOGIA	PREVENTIVA	Unidad de Explotación analítica UEA
NEUROLOGIA	QUIRÓFANO	FARMACIA
OFTALMOLOGIA	RADIODIAGNÓSTICO	INFORMATICA
OTORRINOLARINGOLOGÍA	REANIMACIÓN	INTERVENCION
PEDIATRÍA	SUPERVISORAS DE AREA	INVESTIGACION
RADIOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	LAVANDERIA, PLANCHA Y COSTURA
REHABILITACION	URGENCIAS	LIMPIEZA
REUMATOLOGIA	UROLOGÍA / OTORRINO / OFTALMOLOGÍA	MANTENIMIENTO CORRECTIVO
TRAUMATOLOGIA		OTROS GASTOS
UNIDAD DE TRANSPORTE INTENSIVO		(Gastos Comunes C. II) U.E.A.
URGENCIAS		OTROS GASTOS (Acción Social)
UROLOGIA		
ONCOLOGÍA MÉDICA		
PSIQUIATRÍA		

6- REQUISITOS GENERALES

Para satisfacer la política de calidad, lograr los objetivos de calidad y asegurar que los servicios son conformes con las necesidades de los clientes (externos e internos) el Complejo Asistencial de Zamora ha establecido, documentado e implantado un sistema de gestión de la calidad cuyas directrices se definen en este Manual de Calidad

El Complejo Asistencial de Zamora se responsabiliza de mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de calidad mediante:

- ✓ La identificación de los procesos
- ✓ La determinación de la secuencia e interacción de los procesos
- ✓ La determinación de los criterios y métodos necesarios para asegurar que la ejecución y el control del proceso son eficaces
- ✓ La disponibilidad de los recursos necesarios
- ✓ La información necesaria
- ✓ La implementación de las acciones de mejora necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos

7- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación que forma parte del sistema de calidad del Complejo Asistencial de Zamora incluye:

1. El Manual de Calidad
2. El manual de metodología de evaluación de los objetivos (anexo)
3. Los documentos escritos de recogida de objetivos asignados a cada servicio-unidad o comisión
4. Los documentos de la metodología
5. Los objetivos de Calidad del Plan Anual de Gestión
6. Los procedimientos documentados (guías, vías clínicas, protocolos, manuales de procedimientos generales, procedimientos específicos e instrucciones, etc) que estarán disponibles en cada punto de uso
7. Los registros de calidad
8. Base de datos de objetivos de calidad del Manual de Calidad (Base de datos MS-Access: <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.mdb>) disponible en la Unidad de Calidad
9. Documentos publicados en la revista Nuevo Hospital en versión impresa (ISSN: 1578-7524; DL: ZA-225-2001) y digital (Internet) (ISSN: 1578-7516)

8- CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN

El Complejo Asistencial de Zamora mantiene actualizado el presente manual de calidad. Define el sistema de gestión de la Calidad, la organización, las funciones de la empresa. En el manual se hace referencia a las reglas generales de cada actividad que se desarrollan más detalladamente en los procedimientos generales, específicos e instrucciones de trabajo. Progresivamente en las siguientes ediciones se irán implantando las normas UNE-EN-ISO 9000:2000 del sistema de gestión de la calidad.

La documentación del sistema de calidad han de cumplir los siguientes requisitos como mínimo:

- ✓ Estar registrados en la comisión correspondiente (ver cuadro)
- ✓ Estar revisados y actualizados
- ✓ En el documento han de constar: número de versión [NÚMERO - AÑO] y la fecha de última revisión / actualización [ACTUALIZADO EL DÍA]
- ✓ Los documentos han de identificar la procedencia (PROPIO DEL HOSPITAL o de ORIGEN EXTERNO -otro hospital / revista, etc.-, citando dichas fuentes)
- ✓ Los documentos registrados han de estar disponibles en los puntos de uso
- ✓ Los documentos han de ser legibles y fácilmente identificables
- ✓ Se ha de evitar el uso de documentos obsoletos
- ✓ Los documentos se registrarán en las siguientes comisiones:

- PROTOCOLOS, GUÍAS, VÍAS, ALGORITMOS DE DECISIÓN, HOJAS DE RECOGIDAS DE DATOS	COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS
- PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	
- PETICIÓN DE DOCUMENTACIÓN (CLÍNICA, ESTADÍSTICA, etc)	
- APOYO METODOLÓGICO	
- DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADOS (NUEVOS ó REVISADOS Y MODIFICADOS)	COMISIÓN DE ÉTICA
- PROGRAMA DE ACOGIDA e INFORMACIÓN AL PACIENTE y/o ALLEGADOS	
- MODELOS DE HISTORIA CLÍNICA, INFOMES CLÍNICOS y REGISTROS (FICHEROS, MODELOS INFORMATIZADOS, etc)	COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Datos mínimos que han de registrarse:

- Número de registro	- Persona-s responsables
- Fecha de registro	- Versión [número-año]
- Denominación del documento (título)	- Última revisión actualización
- Servicio-unidad	- Documento / versión al que sustituye

PROCEDIMIENTO para el registro de documentos:

- Los autores del documento han de enviarlo a la Comisión correspondiente (presidente o secretario)
- En la comisión se dará número y fecha de registro (ver apartado anterior)
- En la comisión se quedará un ejemplar del documento
- El documento entra en funcionamiento desde el momento del registro
- Los ejemplares que se utilicen deben consignar la fecha de elaboración ó de revisión del documento
- Si la comisión correspondiente detecta anomalía se comunicará por escrito a los autores.
- Si la anomalía no se corrige la comisión puede dictaminar la retirada de la documentación

ARCHIVO DE DOCUMENTOS:

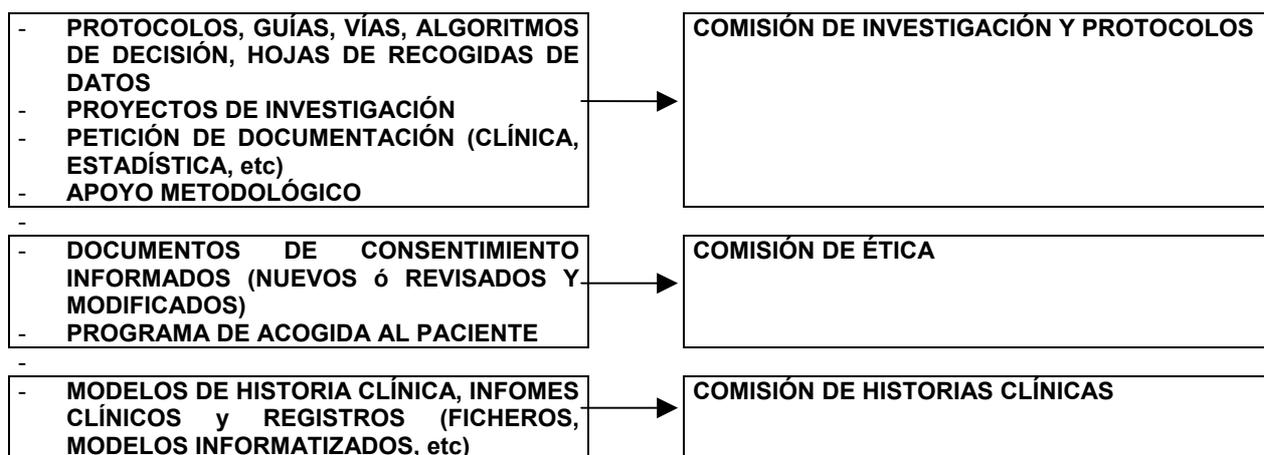
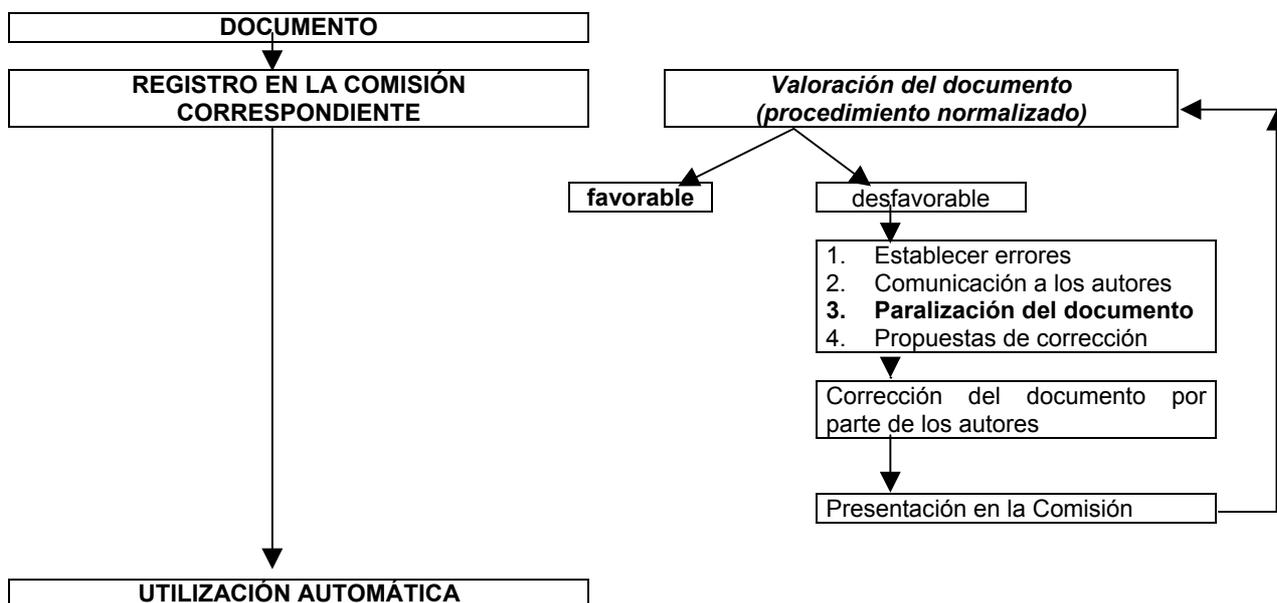
- ✓ Las comisiones de Investigación y Protocolos, de Ética y de Historias Clínicas conservarán archivo y registro de los documentos (al menos libro de registro y tabla de registro informatizada proporcionada por la Unidad de Calidad)
- ✓ Cada comisión debe establecer los procedimientos de validación de los documentos (normalización y criterios) para orientar a los autores

8.1- Control de los registros

La Unidad de Calidad velará por el mantenimiento de los registros y controlará periódicamente que los registros se realizan adecuadamente. De su correcto funcionamiento depende la efectividad del sistema de calidad. A medida que se vaya implantando se irán estableciendo los procedimientos para cada tipo de documentación.

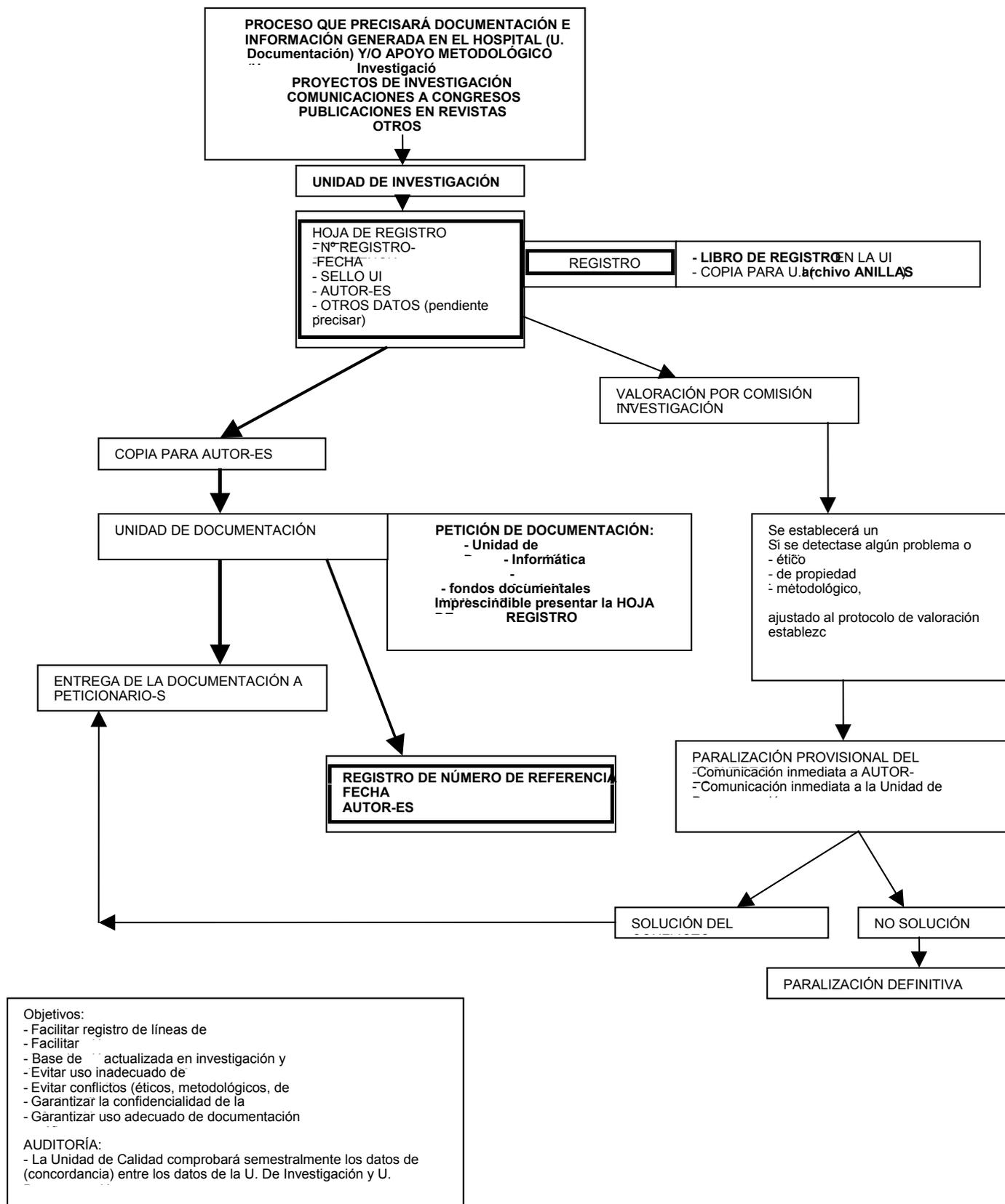


DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO GENERAL DE REGISTRO DE DOCUMENTOS



- DATOS DEL REGISTRO
- Número de registro
 - Fecha de registro
 - Denominación del documento (título)
 - Servicio-unidad
 - Persona-s responsables
 - Versión [número-año]
 - Última revisión actualización
 - Documento / versión al que sustituye

PROCESO DE REGISTRO y UTILIZACIÓN DOCUMENTAL y RECURSOS DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN - UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN



Objetivos:

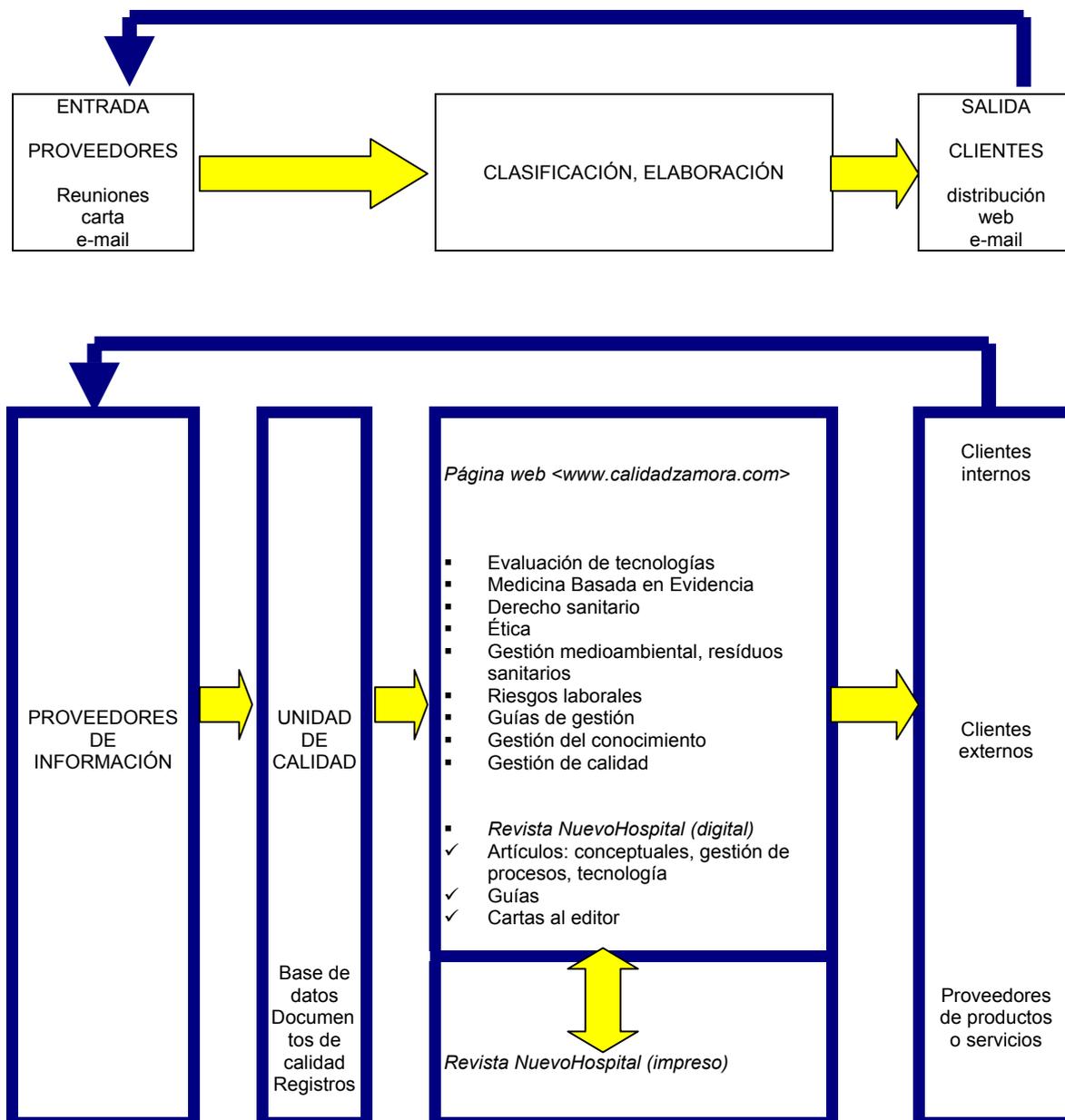
- Facilitar registro de líneas de
- Facilitar
- Base de datos actualizada en investigación y
- Evitar uso inadecuado de
- Evitar conflictos (éticos, metodológicos, de
- Garantizar la confidencialidad de la
- Garantizar uso adecuado de documentación

AUDITORÍA:

- La Unidad de Calidad comprobará semestralmente los datos de (concordancia) entre los datos de la U. De Investigación y U.

8.2- GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Esquema - resumen ².



El sistema se retroalimenta ya que los destinatarios finales de la información (clientes) se convierten en proveedores de información produciéndose interacción de la información y del conocimiento entre personas, grupos y entre clientes internos, clientes externos y proveedores incrementándose el valor de la información entrante.

Los indicadores empleados son: número de información entrante, tipo de información entrante, áreas proveedoras (unidades de trabajo, personas proveedoras), número de información saliente y tipo de información saliente.

El sistema permite su mejora continua mediante la detección y comunicación de no conformidades en cualquiera de sus puntos (proveedores, Unidad de Calidad, destinatarios-clientes) y la adopción de medidas correctoras.

² **Pardal, J.L.:** "Modelo de Gestión de la Información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha". Nuevo Hospital (Internet). 2002. II / 7 (En: <http://www.calidadzamora.com>)

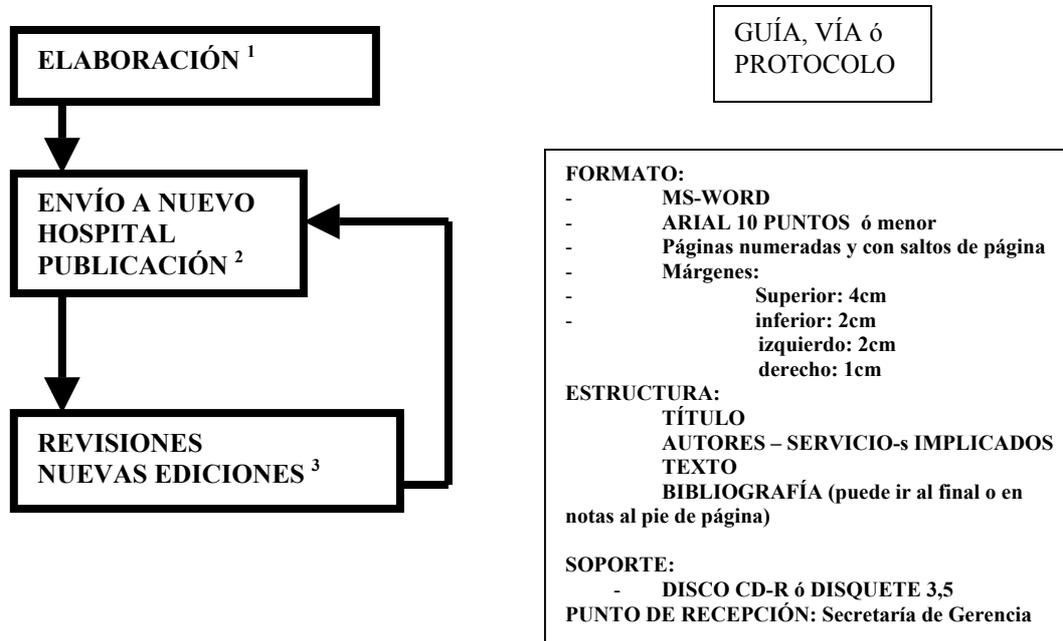
Modelo de gestión de la información. Unidad de Calidad. Complejo Asistencial de Zamora³.
Tipos de información, medios de difusión, localización y destinatarios

INFORMACIÓN	MEDIO DE DIFUSIÓN	LOCALIZACIÓN	DESTINATARIO
Documentación de Calidad			
- política de calidad - Manual de Calidad	- soporte en papel - soporte electrónico en Revista*	- Dirección del Hospital - Unidad de Calidad - web**	
- Manuales de Procedimientos		- Unidad de Calidad - Comisiones y comités - web**	
- Manuales operativos - Instrucciones de trabajo		- Unidades - web**	
- Resultados de objetivos (Memoria de Calidad)		- Unidad de Calidad - web**	
Recursos externos			
- recursos web - libros, manuales, guías, vías, protocolos - revistas	- web** - correo electrónico (lista de distribución)	- web** - Biblioteca	- trabajadores - clientes externos - proveedores
Recursos internos			
Artículos y trabajos de calidad: - EDITORIALES - CONCEPTUALES - GESTIÓN DE PROCESOS - TECNOLOGÍA - CARTAS AL EDITOR	- Revista NuevoHospital - Electrónica: dos números al mes - Impresa: número trimestral	- web** - Biblioteca: Disco óptico (anuario) Impresos encuadernados	
Libros, manuales, guías, vías, protocolos			

* Revista NuevoHospital (ISSN: 1578-7516 -internet-; ISSN: 1578-7524 -impresa en papel-); ** Web: www.calidadzamora.com

³ **Pardal, J.L.:** "Modelo de Gestión de la Información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha". Nuevo Hospital (Internet). 2002. II / 7 (En: <http://www.calidadzamora.com>)

**GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS
PROCEDIMIENTO PARA SU DIFUSIÓN**



¹ La elaboración supone cumplir los requisitos de registro según figura en el Manual de Calidad

² Las guías, vías o protocolos se publicarán en NuevoHospital digital. A cada guía le corresponderá un número de edición (Nº de edición del número correspondiente, volumen y año). Cuando nos soliciten documentos nosotros desde la Unidad de Calidad nos referiremos al protocolo publicado.

³ Cada vez que una guía sea modificada y se convierta en una guía de nueva edición se enviará para ser publicada de nuevo. Daremos de baja la versión anterior y se asignará número nuevo con indicación de la guía a la que sustituye. Con esta sistemática se tendrá una información continua de los documentos disponibles, se protegerán los derechos de autoría y evitaremos solicitarlos cada año a los servicios.

Es importante recordar que:

- 1- SÓLO SE CONSIDERAN OFICIALES LOS PROTOCOLOS QUE HAYAN SIDO ENVIADOS y PUBLICADOS
- 2- LOS AUTORES DEBEN ENVIAR LAS NUEVAS EDICIONES PARA PUBLICARLAS CADA VEZ QUE SE PRODUZCAN (nosotros siempre nos referiremos a la última versión enviada)
- 3- SÓLO SE ADMITEN LAS GUÍAS EN FORMATO WORD (no papel ni otros formatos)

9- COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

- El Director Gerente del Complejo Asistencial de Zamora dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital.
- Mantiene reuniones periódicas con el Coordinador de Calidad.
- Ha facilitado recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, página web.
- Ha facilitado la reforma en la estructura y ampliación de la Unidad de Calidad (área de enfermería, área de gestión, área de documentación y área de investigación)
- Ha facilitado la sistematización de las reuniones de la Comisión Central de Garantía de Calidad
- Facilita la integración y participación progresiva de representantes de los tres hospitales en la Comisión Central de Garantía de Calidad y en las Comisiones clínicas creadas.

10- LA UNIDAD DE CALIDAD

La Unidad de Calidad se ha planteado los siguientes objetivos:

- 1- Coordinación para lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad recogidos en el Plan Anual de Gestión
- 2- Elaboración, difusión y actualización periódica del Manual de Calidad para el Hospital Virgen de la Concha
- 3- Mejora de la comunicación, información y formación referente a calidad

Concepto:

El modelo de mejora continua de la calidad del Complejo Asistencial de Zamora se aplica a la actividad asistencial, docente e investigadora.

Objetivos:

- 1- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.
- 2- Incrementar el valor de los profesionales del Hospital como su recurso más importante
- 3- Incrementar la participación de los profesionales en la mejora de la calidad.
- 4- Mejora continua de los procesos que se desarrollan en el Hospital.
- 5- Basar las decisiones en datos.
- 6- Desarrollo de un sistema para la monitorización y mejora continua de la calidad, que permita conseguir los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.
- 7- Mantener una actitud de mejora permanente e innovación (competitividad)
- 8- Compromiso con la Salud de los Trabajadores de la empresa
- 9- Compromiso con el medio ambiente
- 10- Mejora de las relaciones con los clientes (internos y externos) y con los proveedores

Metodología:

- 1- Elaboración y Desarrollo del Manual de Calidad para el Complejo Asistencial de Zamora
- 2- Coordinación para obtener el cumplimiento de los objetivos de calidad recogidos en el Plan Anual de Gestión para las comisiones clínicas, servicios y unidades
- 3- Incentivación y desarrollo de objetivos de calidad propios de cada servicio / unidad
- 4- Elaboración de la Memoria anual del Plan de Calidad
- 5- Difundir los resultados (mediante publicaciones, página web y revista Nuevo Hospital)
- 6- Estimular la formación de grupos de trabajo para la mejora continua de la calidad
- 7- Facilitar la formación en calidad de todos los profesionales
- 8- Incrementar los sectores profesionales implicados en el sistema de calidad

Responsabilidad en el desarrollo del Plan de Calidad:

1. Dirección-Gerencia y equipo directivo.
2. Unidad de Calidad

Función: impulsar, facilitar y monitorizar las actividades de mejora de calidad en el Hospital. Coordinación de Comisiones Clínicas y grupos de mejora

Personal:

Coordinador de Calidad: Dr. Jose Luis Pardal Refoyo
Supervisora de Calidad: M^a Isabel Carrascal Gutiérrez
Grupo de Gestión: Margarita Rodríguez Pajares
Área de Investigación: Carlos Ochoa Sangrador
Área de documentación: Teresa Garrote Sastre
Área de Formación: Ana García Sánchez
Administrativo: Secretaría de Dirección Gerencia

Página web: <http://www.calidadzamora.com>

Correo electrónico: ucalid@hvcn.sacyl.es

3. Servicios y Unidades asistenciales y no asistenciales
4. Organos de apoyo:

Comisión Central de Garantía de Calidad: órgano asesor de la Dirección para diseño y evaluación del Programa de Calidad

Comisiones clínicas: órganos asesores de la Dirección.



Funciones:

- ✓ Elaboración y aprobación de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos.
- ✓ Análisis y monitorización de la práctica clínica.
- ✓ Propuesta de acciones de mejora.
- ✓ Diseño y seguimiento de programas de mejora de calidad.
- ✓ Formación continuada
- ✓ Asesoría técnica.

Comisión de adquisiciones y homologación de productos

Grupos de trabajo y de mejora de la calidad



11- LA COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Las áreas representadas en la CCGC y sus representantes se distribuyen del siguiente modo:

Área
Dirección Médica (Presidente de la CCGC)
Dirección de Enfermería
Dirección de Gestión
Coordinador de Calidad (Delegado de la CCGC)
Supervisora de Calidad
Comisión de Historias Clínicas
Comisión de Tejidos, Tumores y Mortalidad
Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica
Comisión de Farmacia y Terapéutica
Comité de Ética Asistencial
Comisión de Biblioteca
Comisión de Investigación
Comisión de Formación Continuada
Comisión de Catástrofes
Comisión de Urgencias
Comisión de Docencia
Comisión de Transfusiones
Servicio de Prevención (área técnica)
Comisión de Nutrición Hospitalaria

La Comisión Central de Garantía de la Calidad del Complejo Asistencial de Zamora se regula por las Normas de funcionamiento de las Comisiones Clínicas (ver capítulo 10)⁴.

Las reuniones son convocadas por el Presidente o por el Delegado.

A las reuniones se convoca al Presidente de cada Comisión pudiendo asistir el Secretario u otro vocal en caso de imposibilidad para asistir del Presidente.

12- NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS

CAPITULO I. COMISIONES CLINICAS CONSTITUIDAS

Artículo 1º

De acuerdo con el real Decreto 521/1987 sobre Reglamento de Hospitales del Sistema Nacional de Salud, el Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL, considerando lo que se venía haciendo hasta ahora y consultados los Órganos de Asesoramiento Hospitalario correspondientes, se consideran constituidas en el Complejo Asistencial de Zamora las siguientes Comisiones Clínicas:

- Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
- Historias Clínicas.
- Tumores, Tejidos y Mortalidad.
- Farmacia y Terapéutica.
- Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
- Formación Continuada.
- Docencia.
- Investigación y protocolos.
- Biblioteca.
- Catástrofes.
- Urgencias.
- Quirófanos.
- Comité de Ética Asistencial.
- Comisión de Transfusiones

Artículo 2º

El equipo directivo podrá modificar las comisiones vinculadas al programa de Calidad, dividiendo o suprimiendo las anteriores y creando otras nuevas si se considera necesario, a propuesta de la Comisión Central de Garantía de Calidad y con el conocimiento de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

CAPITULO II. DEPENDENCIA DE LAS COMISIONES

Artículo 3º

Las Comisiones Clínicas dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica. Elevaran a la misma sus acuerdos y resoluciones.

CAPITULO III. COMPOSICION Y RENOVACION

Artículo 4º

Los miembros de las comisiones serán nombrados por la Dirección Médica a propuesta de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, tras la convocatoria para la presentación de candidatos, que se realizará por escrito de forma individualizada a todo el personal implicado.

Artículo 5º

Cada comisión establecerá el número de miembros que considere para conseguir sus objetivos.

Artículo 6º

Los miembros de las Comisiones serán seleccionados por su carácter de expertos en los temas relacionados con cada Comisión y no podrán considerarse representantes de sus Servicios o Áreas de procedencia.

Artículo 7º

Los componentes de la Comisión de Dirección no podrán ser miembros de las Comisiones Clínicas salvo excepciones fundamentadas y aceptadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad.

Artículo 8º

El Coordinador de Calidad no será miembro de las Comisiones Clínicas, aunque podrá asistir con voz pero sin voto a las reuniones de las mismas, para realizar las tareas establecidas en función de su cargo.

Artículo 9º

El 50% de los miembros de las Comisiones se someterá a renovación cada 2 años, siguiendo el mecanismo de selección indicado en el artículo 4º.

Artículo 10º

Los miembros sometidos a renovación pueden ser candidatos, sin límite de veces o tiempo.

Artículo 11º

De forma excepcional y justificada, la Comisión Central de Garantía de Calidad puede proponer al Equipo Directivo y Junta técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, la renovación completa de una Comisión Clínica .

Artículo 12º

La pertenencia a las Comisiones es voluntaria, siendo motivo de baja en la misma a petición propia ,ausencia injustificada a tres reuniones seguidas y ausencia justificada a cuatro contadas en el periodo de un año.

Artículo 13º

La incorporación de nuevos miembros fuera de los periodos naturales de renovación, se realizará por solicitud del interesado dirigida a la Dirección Médica quien la propondrá a la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

CAPITULO IV. FUNCIONAMIENTO INTERNO

Artículo 14º

Cada Comisión deberá tener un reglamento de funcionamiento interno que será congruente con lo establecido en el presente Reglamento General.

Artículo 15º

Cada dos años, y cuando se renueven, las Comisiones procederán a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones.

Artículo 16º

Son funciones del Presidente de la Comisión:

- Presidir y dirigir las reuniones.
- Supervisar y coordinar el correcto funcionamiento de la misma
- Representar a la Comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.
- Proponer renovación y cese justificado de miembros.

Artículo 17º

Todas las reuniones de las Comisiones deberán ser reflejadas en un acta que reúna los requisitos habituales en forma y contenido para este tipo de documentos, que redactará y custodiará el Secretario, remitiendo una copia a la Comisión Central de Garantía de Calidad. Los miembros de la Comisión decidirán libremente el grado de confidencialidad de lo tratado en las reuniones de la misma.

Artículo 18º

Los acuerdos de las Comisiones se adoptarán por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de 6 miembros para que tengan carácter vinculante.

Artículo 19º

Cada comisión establecerá en su reglamento la periodicidad de sus reuniones, que nunca deberá ser inferior a 4 al año.

Artículo 20º

Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el presidente, según el orden del día elaborado y serán notificadas al menos con una semana de antelación, por escrito, acompañada del orden del día, acta de la sesión anterior y de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión.

Artículo 21º

Cada comisión deberá tener designado en su reglamento el lugar habitual de las reuniones.

Artículo 22º

Al finalizar cada reunión se llegará a un acuerdo sobre fecha y hora de la siguiente, que no deberá modificarse salvo imponderables.

Artículo 23º

Las comisiones podrán constituir cuantas subcomisiones o grupos de trabajo sean necesarios para una mejor realización de la actividad de la misma. Los acuerdos de los mismos deberán ser sometidos a la reunión formal de la Comisión.

Artículo 24º

Las comisiones podrán invitar a sus reuniones con voz pero sin voto, a todos aquellos profesionales de los que sea preciso recabar opiniones o información.

CAPITULO V.MISION Y OBJETIVOS.**Artículo 25º**

Cada Comisión definirá su misión en su reglamento interno.

Artículo 26º

Como objetivos generales de las Comisiones Clínicas se establecen:

1. Formalizar el compromiso institucional con la calidad para generalizar el concepto de trabajo en calidad a todos los niveles de la organización
2. Elaboración, aprobación o validación de recomendaciones y protocolos de aplicación hospitalaria.
3. Análisis y monitorización de la práctica clínica en su área de interés.
2. Pactar objetivos con el Equipo Directivo y en función de los mismos establecer sistemas de evaluación que permitan detectar problemas, estudiar sus causas, efectuar propuestas de mejora, y hacer seguimiento de la efectividad de dichas propuestas.
3. Emitir información, a requerimiento del Equipo directivo, Junta Técnico Asistencial o Comisión Mixta, sobre materias de su competencia.
4. Difundir entre los profesionales del Centro todos aquellos resultados que puedan ser relevantes para mejorar la calidad de su trabajo.
5. Formación continuada en el área de interés.
6. Vigilar por el cumplimiento de la legislación vigente en el área de su competencia.

Artículo 27º

A comienzo de año, cada comisión pactará con el Equipo Directivo, los objetivos específicos a desarrollar durante ese periodo y como evaluar el cumplimiento de los mismos.



13- OBJETIVOS⁵

Con el fin de mantener una estructura coherente se mantiene el índice íntegro de los objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión 2003-2005, en dicho documento se detallan cada objetivo y la acreditación del resultado. La consecución de los objetivos es tarea de todas las unidades y de todos los trabajadores. En la asignación a cada unidad o comisión de objetivos se especificará la metodología que deberá seguirse.

El Capítulo VI desarrolla específicamente la actividad de la Unidad de Calidad (ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD)

El PAG 2004 simplifica los objetivos manteniendo la estructura de 2003. Por ello mantenemos el índice de 2003.

El PAG 2004 figura publicado en Nuevo Hospital (nº 72)

ANEXO - OBJETIVOS PLURIANUALES 2003 - 2005

OBJETIVOS CORRESPONDIENTES AL PERIODO 2003-2005			Nº DE FICHA (HOJA DEL LIBRO EXCEL)	PÁGINA EN EL DOCUMENTO ESCRITO
I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN				
1. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS PARA EL EJERCICIO				
1.1	El Hospital garantiza la participación ordenada en la elaboración y evaluación del Plan de Gestión.		1	49
II. ORIENTACIÓN AL USUARIO				
1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS				
1.1	El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial.		2	51
1.2	El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre su funcionamiento.		3	52
1.3	El Hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.		4	54
1.4	El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente.		5	55
2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA				
2.1	El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios, respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización.		6	56
2.2	El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria.		7	57
2.3	El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en el área de Urgencias.		8	58
2.4	El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.		9	59
2.5	El Hospital establece un plan de mejora del confort para la estancia de pacientes y allegados.		10	60
2.6	El Hospital establece un plan de seguridad para la estancia de pacientes y allegados.		11	61
2.7	El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.		12	62
3. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL USUARIO				

⁵ GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA". Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347) (<http://www.calidadzamora.com>)

	3.1	El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de la confidencialidad de sus datos.	13	63
4. INTIMIDAD DEL USUARIO				
	4.1	El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...).	14	64
5. VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS				
	5.1	El Hospital gestiona las visitas y acompañamiento de pacientes ingresados.	15	65
	5.2	El Hospital gestiona el acompañamiento a las mujeres que dan a luz en el Hospital.	16	66
	5.3	El Hospital gestiona el acompañamiento a los niños hospitalizados.	17	67
6. CONFORT, HOSTELERÍA Y ACCESIBILIDAD FÍSICA				
	6.1	El Hospital elabora la dieta del paciente atendiendo a sus necesidades y preferencias.	18	68
	6.2	El Hospital favorece la accesibilidad a sus instalaciones y profesionales.	19	69
7. EFECTOS Y ACCESORIOS DE ASEO PERSONAL				
	7.1	El Hospital proporciona efectos y accesorios de aseo personal a los pacientes ingresados.	20	70
8. RECONOCIMIENTO DE LA MATERNIDAD				
	8.1	El Hospital felicita a la parturienta.	21	71
9. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA				
	9.1	El Hospital mejora la accesibilidad organizativa a las consultas externas y pruebas diagnósticas.	22	72
	9.2	El Hospital avanza en el desarrollo de las consultas de alta resolución.	23	73
	9.3	El Hospital avanza en la ampliación horaria de la oferta de servicios.	24	74
III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO				
1. ATENCIÓN AL TRABAJADOR				
	1.1	El Hospital desarrolla programas de atención a sus trabajadores.	25	75
2. PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO				
	2.1	El Hospital hace sistemática la acogida de los nuevos trabajadores.	26	76
3. FORMACIÓN				
	3.1	El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: detección de necesidades.	27	77
	3.2	El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: priorización de las necesidades detectadas.	28	78
	3.3	El Hospital planifica las actividades formativas: estructura física y equipamiento.	29	79
	3.4	El Hospital planifica las actividades formativas: recursos humanos.	30	80
	3.5	El Hospital planifica las actividades formativas: programación de las actividades formativas.	31	81
	3.6	El Hospital aprueba y divulga el programa anual de formación.	32	82



	3.7	El Hospital garantiza la accesibilidad al programa de formación.	33	83
	3.8	El Hospital da apoyo logístico a la actividad formativa.	34	84
	3.9	El Hospital evalúa las actividades formativas.	35	85
	3.10	El Hospital reconoce las actividades formativas.	36	86
4. PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA				
	4.1	El Hospital gestiona la comunicación interna.	37	87
5. ACTIVIDADES EXTRALABORALES				
	5.1	El Hospital potencia la implicación y motivación de sus profesionales.	38	88
IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS				
1. EL HOSPITAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD, Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES				
	1.1	El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios.	39	89
	1.2	El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.	40	90
	1.3	El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todos los servicios y unidades de apoyo a la asistencia.	41	92
2. ADECUACIÓN DE LAS AGENDAS DE CITACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS				
	2.1	El Hospital optimiza su oferta en consultas externas.	42	93
3. GESTIÓN DE CAMAS				
	3.1	El Hospital garantiza la adecuación de las estancias.	43	94
	3.2	El Hospital aborda las situaciones de máxima ocupación de sus camas.	44	95
	3.3	El Hospital adecua las estancias preoperatorias de ingresos programados, a los protocolos o guías de los procesos quirúrgicos que requieren procedimientos o técnicas previas a la intervención quirúrgica.	45	96
	3.4	El Hospital reduce el porcentaje de pacientes que reingresan con el mismo diagnóstico en menos de 30 días del alta anterior.	46	97
	3.5	El Hospital reduce las estancias de los 5 GRD de mayor impacto negativo en su estancia media.	47	98
4. ADECUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA				
	4.1	El Hospital optimiza su oferta en intervenciones quirúrgicas.	48	99
5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO				
	5.1	El Hospital gestiona la terapia respiratoria a domicilio.	49	100
	5.2	El Hospital gestiona la actividad quirúrgica realizada en Centros concertados.	50	102
	5.3	El Hospital gestiona la hemodiálisis realizada en Centros concertados.	51	103
	5.4	El Hospital gestiona el transporte sanitario.	52	104
6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS				



	6.1	El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.	53	105
	6.2	El Hospital normaliza el proceso de enfermería.	54	106
	6.3	El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación surgidas de la evidencia de la práctica y el consenso de los profesionales.	55	107
	6.4	El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.	56	109
	6.5	El Hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	57	110
	6.6	El Hospital realiza la adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.	58	111
	6.7	El Hospital aplica criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.	59	112
	6.8	El Hospital garantiza una gestión eficiente de las propuestas de pago.	60	114
	6.9	El Hospital realiza una gestión correcta de los mantenimientos correctivos.	61	115
	6.10	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.	62	116
	6.11	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.	63	117
	6.12	El Hospital diseña e implanta un plan de seguimiento del equipamiento médico.	64	119
7. GESTIÓN DE LAS INVERSIONES				
	7.1	El Hospital prioriza y racionaliza las inversiones hospitalarias.	65	120
8. GESTIÓN ECONÓMICA				
	8.1	El Hospital elabora una proyección anual de su evolución económica-financiera.	66	122
	8.2	El Hospital planifica la política de adquisición de los suministros, la realización de obras y la contratación de servicios.	67	124
	8.3.	El Hospital se impone el cumplimiento de plazos en la tramitación y adjudicación de los contratos de capítulo II y capítulo VI.	68	125
	8.4.	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los suministros generales (electricidad, gasoil, gases combustibles, gases medicinales, agua...).	69	126
	8.5	Gestión de stocks en unidades de consumo, adecuándolos a la demanda y minimizándolos.	70	127
	8.6	El Hospital con un coste de UCH superior a la media del grupo, aplica un plan de ajuste financiero.	71	128
V. FARMACIA				
1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA				
	1.1	El Hospital incluye nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica, y garantiza que estos cumplen unos requisitos mínimos de eficacia, seguridad, calidad y coste.	72	129
	1.2	El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre su personal sanitario.	73	130
	1.3	El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre el personal sanitario del hospital, para su apoyo en la prescripción.	74	131
	1.4	El Hospital dispone de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos que facilita la toma de	75	132



		decisiones en el momento de la prescripción de sus facultativos, que debe actualizarse anualmente y difundirse entre los mismos para su utilización.		
	1.5	El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con el VIH+.	76	133
	1.6	El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con un proceso determinado por el propio Centro.	77	134
	1.7	El Hospital hace el seguimiento de las actividades de información, docencia e investigación promovidas por la industria farmacéutica.	78	135
2. DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS				
	2.1	El Hospital dispone de un sistema de garantía de calidad del sistema de dispensación y distribución de medicamentos en dosis unitaria.	79	136
3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA				
	3.1	El Hospital disminuye la incidencia de acontecimientos adversos relacionados con la medicación - a través de la disminución de errores de medicación- relacionados con la prescripción, elaboración, dispensación y/o administración de medicamentos a través de la orden médica.	80	137
	3.2	El Hospital promueve un uso racional de los medicamentos en pacientes externos y realiza un seguimiento clínico de los tratamientos farmacológicos dispensados. Con ello mejora la información y el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento.	81	138
	3.3	El Hospital promueve la integración del farmacéutico en los equipos asistenciales de hospitalización, con la finalidad de crear de equipos multidisciplinares que colaboren en la atención clínica de los pacientes.	82	139
	3.4	El Hospital desarrolla un sistema eficaz de comunicación y difusión a sus profesionales de la información recibida sobre alertas de medicamentos o productos sanitarios.	83	140
4. COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA				
	4.1	El Hospital fomenta la prescripción de fármacos genéricos a través de receta y difunde información actualizada al respecto entre los facultativos prescriptores.	84	141
	4.2	El Hospital, en colaboración con las estructuras de AP, fomenta la prescripción por principio activo en los informes de alta, urgencias y consultas externas, y difunde la información entre sus facultativos prescriptores.	85	142
5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA				
	5.1	El Hospital informa de los datos de actividad económica sobre adquisiciones de medicamentos.	86	143
	5.2	El Hospital obtiene datos económicos sobre consumos de medicamentos por paciente.	87	145
	5.3	El Hospital proporciona información estructurada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre el gasto farmacéutico en pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y externos.	88	146
	5.4	El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.	89	147
	5.5	El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico a través de receta por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.	90	148
VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD				
1. UNIDAD DE CALIDAD				



	1.1	El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral.	91	149
	1.2	El Hospital estructura una Unidad de Calidad Suficiente.	92	150
	1.3	La Unidad de Calidad funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.	93	151
2. COMISIONES CLÍNICAS				
	2.1	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.	94	152
	2.2	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.	95	154
	2.3	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.	96	156
	2.4	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.	97	158
	2.5	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.	98	160
3. COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD				
	3.1	Integración del funcionamiento de las Comisiones Clínicas.	99	162
4. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL				
	4.1	El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.	100	163
	4.2	El Comité de Ética Asistencial tiene una dotación de recursos suficiente.	101	164
	4.3	El Comité de Ética Asistencial funciona a través de una dirección por objetivos y elabora anualmente su memoria de actividades.	102	165
5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA				
	5.1	El Hospital dispone de un sistema de alerta.	103	166
	5.2	El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.	104	167
	5.3	El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.	105	168
	5.4	El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.	106	169
	5.5	El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.	107	170
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento				
	6.1	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.	108	171
	6.2	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.	109	172
	6.3	El Hospital gestiona la eliminación de residuos.	110	173
	6.4	El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.	111	174
	6.5	El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.	112	175
	6.6	El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.	113	176
	6.7	El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.	114	177
7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal				



	7.1	El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.	115	178
	7.2	El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.	116	179
	7.3	El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.	117	180
8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes				
	8.1	El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.	118	181
	8.2	El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.	119	182
	8.3	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.	120	183
	8.4	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.	121	184
	8.5	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.	122	185
	8.6	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.	123	186
	8.7	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.	124	187
	8.8	El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.	125	188
VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS				
	1.1	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día.	126	189
	1.2	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del SIAE.	127	190
	1.3	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera quirúrgica.	128	191
	1.4	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.	129	192
2. CALIDAD DE LOS DATOS				
	2.1	El Hospital mejora la calidad de los datos del CMBD.	130	193
	2.2	El Hospital mejora la calidad de los datos del SIAE.	131	195
	2.3	El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera quirúrgica.	132	196
	2.4	El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.	133	197
3. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES				
	3.1	El Hospital establece un CMBD de urgencias hospitalarias.	134	198
	3.2	El Hospital establece un CMBD de consultas externas.	135	199
VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES				
1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA				



	1.1	El Hospital ajusta el número de consultas externas y pruebas diagnósticas ofertadas, de acuerdo con la demanda prevista.	136	200
	1.2	El Hospital traslada la citación de pacientes, en consultas externas y pruebas diagnósticas primeras a las que Atención Primaria tiene acceso directo, a los Centros de Salud (salvo las interconsultas entre especialistas, o las primeras consultas derivadas directamente desde una atención en el Servicio de Urgencias a la consulta del especialista).	137	201
	1.3	El Hospital adopta, en consenso con Atención Primaria, pautas que sistematizan la actividad asistencial en consultas externas y pruebas diagnósticas.	138	202
	1.4	El Hospital concreta con Atención Primaria, a través de la Comisión Paritaria, el Plan de Formación y apoyo a la cirugía menor resuelta por Atención Primaria.	139	203
	1.5	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: solicitud de interconsulta desde Atención Primaria.	140	204
	1.6	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: comunicación previa al alta.	141	205
	1.7	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: alta.	142	206
	1.8	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en el Servicio de Urgencias.	143	207
	1.9	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria sin utilizar al usuario como mediador.	144	209
	1.10	El Hospital desplaza especialistas a los Centros de Salud.	145	210
2. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS -TRAS EL ALTA HOSPITALARIA- ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA				
	2.1	El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras el alta.	146	211
3. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA EN EL HOSPITAL				
	3.1	El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras la cirugía ambulatoria realizada en el Hospital.	147	212
4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIO SANITARIA				
	4.1	El Hospital dispone de una Unidad de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS) para el abordaje integral y precoz de los pacientes con necesidades sociosanitarias, la adecuada gestión de casos y la continuidad de cuidados con Atención Primaria y los Servicios Sociales.	148	213
	4.2	El Hospital actúa sobre los pacientes con alta frecuentación en consultas externas hospitalarias (primeras y sucesivas).	149	215
	4.3	El Hospital actúa sobre los pacientes con reiterados procesos de hospitalización.	150	216
	4.4	El Hospital actúa sobre los pacientes con reiteradas asistencias en el Servicio de Urgencias.	151	217
5. EL HOSPITAL AVANZA EN LA INTERRELACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA				
	5.1	El Hospital establece foros de encuentro e interrelación con los profesionales de Atención Primaria	152	218
IX. SALUD LABORAL				
1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES				

	1.1	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, identifica y evalúa los factores de riesgo.	153	219
	1.2	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan para la vigilancia y control de sus trabajadores.	154	220
	1.3	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo actuaciones específicas sanitarias para sus trabajadores.	155	221
	1.4	El Servicio de Prevención elabora la Memoria Anual de sus actividades.	156	223
X. SERVICIOS DE URGENCIAS				
1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS				
	1.1	El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.	157	224
2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES				
	2.1	El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.	158	226
3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA				
	3.1	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos.	159	227
	3.2	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.	160	229
4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD				
	4.1	El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.	161	230
XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER				
1. GUÍAS CLÍNICAS				
	1.1	Mejora en la asistencia del cáncer del pulmón.	162	231
	1.2	Mejora en la asistencia del cáncer de mama.	163	232
	1.3	Mejora en la asistencia del cáncer de piel.	164	233
	1.4	Mejora en la asistencia del cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).	165	234
	1.5	Mejora en la asistencia del cáncer de cérvix uterino.	166	235
	1.6	Mejora en la asistencia del cáncer de próstata.	167	236
	1.7	Mejora en la asistencia del cáncer hematológico.	168	237
	1.8	Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.	169	238
	1.9	Consejo genético en cáncer de mama y ovario.	170	239
	1.10	Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.	171	240
2. ACCESIBILIDAD				
	2.1	Reducción de los tiempos de espera para el diagnóstico de sospecha de cáncer y tratamiento oportuno.	172	241
XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA				
1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD				
	1.1	Programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.	173	242



	1.2	Programa de prevención de trastornos de ansiedad y depresión.	174	243
	1.3	Programa de prevención de la conducta suicida.	175	244
	1.4	Programa de prevención del deterioro cognitivo y pérdida de memoria.	176	245
	1.5	Programa de prevención del alcoholismo.	177	246
	1.6	Programa de prevención específico a iniciativa del propio Hospital, en consenso con Atención Primaria.	178	247
	1.7	Participación en programas experimentales o de investigación-acción.	179	248
2. CARTERA DE SERVICIOS				
	2.1	Atención psiquiátrica infanto-juvenil.	180	249
	2.2	Dispositivos intermedios de asistencia psiquiátrica.	181	250
	2.3	Desplazamiento de especialistas de salud mental a Centros de Salud.	182	251
3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS				
	3.1	Continuidad de cuidados de la enfermedad mental grave y prolongada.	183	252
4. SALUD MENTAL COMUNITARIA				
	4.1	Coordinación con Atención Primaria.	184	253
	4.2	Atención psicogeriatrica.	185	254
5. CALIDAD				
	5.1	Impulso a la calidad en la asistencia psiquiátrica.	186	255
6. FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD MENTAL				
	6.1	Integración funcional de la salud mental del Área.	187	256
	6.2	Asistencia psiquiátrica urgente.	188	257
XIII. ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO				
1. APLICACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO				
	1.1	El Hospital aplica la analgesia epidural en el parto, en el 100% de las gestantes susceptibles de recibirla.	189	258
XIV. HIPOACUSIA INFANTIL				
1. DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA				
	1.1	El Hospital implanta el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.	190	260



14- OBJETIVOS DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS

Objetivos comunes para todas las comisiones:

- Elaboración del MANUAL DE PROCEDIMIENTOS GENERALES (MANUAL DE FUNCIONAMIENTO)
- Aplicación y mejora del reglamento
- Desarrollo de objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión
- Desarrollo de objetivos propios
- Función asistencial: información sobre actividades y asesoramiento
- Actividad docente relativa a su área: Desarrollo de sesiones clínicas y participación en cursos de formación para los trabajadores del hospital
- Fomentar la actividad investigadora asistencial y de calidad en su área
- Publicar artículos relacionados con cada área en **NuevoHospital**

Comisiones clínicas recogidas en el Plan Anual de Gestión 2003-2005:

Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.
Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.
Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.
Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.

Objetivos:

	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión cuenta con un manual de funcionamiento , que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 4	La Comisión eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.	Informe de propuesta



OBJETIVOS DE CADA COMISIÓN

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

- Diseño, implantación y mejora continua del Plan de Calidad del Complejo Asistencial
- Aprobar las FUNCIONES y MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS
- Ampliación de sus componentes (inclusión de representantes de Hospital Provincial y Hospital Comarcal)
- Coordinar los objetivos de las comisiones
- Control del cumplimiento de objetivos
- Reforma de las normas de funcionamiento de las Comisiones clínicas
- Renovación / Modificación de las comisiones que lo soliciten
- Creación de las comisiones nuevas que se considere oportuno: hemoterapia, nutrición
- Elaboración de la memoria anual del plan de calidad del hospital

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



UNIDAD DE CALIDAD:

- Elaboración y distribución del Manual de Calidad del Complejo Asistencial
 - Integración de la gestión de calidad (área médica, enfermería, servicios generales, investigación y documentación)
 - Mejora de la difusión del plan de calidad:
 - o Mantenimiento de la página web: www.calidadzamora.com
 - o Publicación trimestral de la revista de Calidad **NuevoHospital** en soporte papel
 - o Publicación de **NuevoHospital** digital (pdf)
 - Normalización de la actividad investigadora en calidad
 - Normalización de la utilización de la documentación propia del hospital
 - Participar en la formación en calidad de todos los trabajadores mediante talleres, sesiones, publicación de artículos en **NuevoHospital** y en la página web
 - AUDITORÍAS:
 - Plan documentado de acogida al paciente: julio
 - Plan documentado de acogida al trabajador: julio
 - Calidad percibida:
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos durante la hospitalización:
 - Encuesta mensual del 15 al 30 de cada mes (Unidad de Calidad)
 - Encuesta por correo en abril y octubre (SAU)
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos en las áreas de urgencias
 - Control de registros de documentación del sistema de calidad:
 - Unidad de Investigación y Unidad de Documentación (petición de documentación, protocolos - guías - vías clínicas,)
 - Comisión de Ética: documentos de consentimiento informado
 - Comisión de Historias Clínicas: modelos registrados
- PLAN DE GESTIÓN 2004

PLAN DE GESTIÓN 2004

LINEA ESTRATEGICA 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	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. 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.	X	X	Documentación: - informe en el que concreta la designación de los miembros. - manual de funcionamiento y - metodología de trabajo.
2	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. Para cada objetivo, se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.	X	X	Documentos: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación).
3	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. 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.	X	X	Documentación: - memoria.

ÁREA DE GESTIÓN

- Implantar protocolos en servicios no asistenciales
- Plan de comunicación interna
- Comisión de adquisiciones
- Informe a los servicios sobre contabilidad analítica
- Programa de acogida al nuevo trabajador (Plan documentado): - mantenerlo actualizado (ir actualizando cada capítulo según las modificaciones), - entregar una copia impresa a cada nuevo trabajador al hacer el contrato, - elaborar Información específica de cada área de trabajo
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS y POLÍTICA ANTIBIÓTICA

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Manual de profilaxis antibiótica: actualización y publicación
- MANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA
 - Capítulos (cada capítulo se corresponde con un objetivo del PAG)
 - La metodología para los estudios de incidencia, prevalencia y densidad de la infección hospitalaria es idéntica a la de años anteriores (ver manual de metodología)

5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA	
5.1	El Hospital dispone de un sistema de alerta.
5.2	El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.
5.3	El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.
5.4	El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.
5.5	El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento	
6.1	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.
6.2	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.
6.3	El Hospital gestiona la eliminación de residuos.
6.4	El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.
6.5	El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.
6.6	El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.
6.7	El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.
7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal	
7.1	El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.
7.2	El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.
7.3	El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.
8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes	
8.1	El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.
8.2	El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.
8.3	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.
8.4	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.
8.5	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.
8.6	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.
8.7	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.
8.8	El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.

- Incorporación de miembro de la Unidad de Salud Laboral (servicio de Prevención):
 - o Normas sobre uso del tabaco en el hospital
 - o Plan documentado de Salud Laboral
- Sistema de vigilancia de la infección nosocomial
 - o Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
 - o Tasa de prevalencia de la infección de la herida quirúrgica
 - o Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
 - o Incidencia acumulada de la infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos
 - o Infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
 - o SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA MÉDICA
- MEMORIA ANUAL
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2004 (COMISIÓN DE INFECCIONES)

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).
X			
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 - 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: - Estudios de prevalencia (al menos uno al año). - 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. - La información que genera el sistema de vigilancia se remite a los servicios y unidades de enfermería, al menos, dos veces al año.		X	Informe en el que se especifican al menos tres de los siguientes indicadores: - Prevalencia de infectados. (Defina la metodología del estudio: EPINE u otras; y el numerador y denominador del indicador utilizado). - IA de infección quirúrgica en cirugía limpia. - IA de bacteriemia primaria de cateter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y cateter de Nutrición Parenteral). - 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).
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: - acciones precisas - plazos - responsables.



PLAN DE GESTIÓN 2004

LINEA 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	El Hospital tiene normalizados e implantados los siguientes procedimientos: - Limpieza de las áreas críticas. - Gestión de la segregación, transporte y eliminación de residuos. - Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras. - Pautas higiénicas para el bloque quirúrgico. - Limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable. - Lavado de las manos rutinario y quirúrgico. - Protección del personal frente a riesgos biológicos. - Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos. - Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico. - Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos. - Inserción y mantenimiento del cateter vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal. - Aislamiento de pacientes.	X	X	Documentos: - normas y protocolos.
2	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).		X	Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado 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 para cada norma o protocolo evaluado se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables.



COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, TEJIDOS y MORTALIDAD

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- MEMORIA ANUAL

Tradicionalmente en el Hospital han funcionado dos comisiones:

- Comisión de Historias Clínicas
- Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Continuar con implantación de modelo de alta en todo el hospital
- Mejorar la estructura y documentación de la historia clínica
- Auditoría de Historias clínicas
 - o Criterios de calidad del informe de alta hospitalaria
 - o Consentimiento informado (la metodología será proporcionada por la Unidad de Calidad)
- informes de alta hospitalaria:
 - porcentaje que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital
 - porcentajes de altas definitivos en < de 15 días
 - " a los dos meses del alta
 - " a los dos meses del exitus
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Mortalidad
 - o Mortalidad potencialmente evitable
 - o Mortalidad perioperatoria (fractura de cadera, bypass)
- Registro de tumores
- Comités de Oncología (impulsar y desarrollar actividad integrada)
 - o Cabeza y cuello
 - o Tórax
 - o Abdominal
- Guías clínicas (adaptación de las Guías de práctica clínica en oncología propuestas por la Gerencia Regional. Capítulo IX del PAG 2003-2005; objetivo 3.2 del PAG 2004 que se resume). En la Comisión de Dirección se propuso que se realizasen desde los Comités de Oncología ya que integran a las unidades implicadas

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	El Hospital adapta progresivamente las guías elaboradas por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre: - Cáncer de pulmón. - Cáncer de mama. - Cáncer de piel. - Cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico). - Cáncer de cérvix uterino. - Cáncer de próstata. - Cáncer hematológico. - Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado. - Consejo genético en cáncer de mama y ovario. - Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.		X	Documentos: - guías adaptadas.
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.			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.



Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE FARMACIA y TERAPÉUTICA

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Guía farmacoterapéutica
- Guía de equivalentes terapéuticos
- Modelo de informe técnico para evaluación de medicamentos
- Farmacovigilancia (protocolo de vigilancia efectos adversos producidos por los fármacos). Crear un grupo de farmacovigilancia (grupo de mejora).
- Evitar uso de fármacos no incluidos en la guía / Reducción de utilización de fármacos del grupo C
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**
- MEMORIA ANUAL

La Comisión de Farmacia y Terapéutica funciona en relación con el Servicio de Farmacia Hospitalaria y participa en los objetivos para este servicio recogidos en el PAG

**COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA y FORMACIÓN CONTINUADA**

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- MEMORIA ANUAL

Tradicionalmente en el Hospital han funcionado tres comisiones:

- Comisión de Investigación y Protocolos
- Comisión de Docencia
- Comisión de Formación Continuada

Será decisión de sus miembros si continúan siendo comisiones diferentes o si se forman dos subcomisiones dentro de una única.

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS:

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Censo de guías, vías clínicas y protocolos del hospital
- Establecer sistemática para evaluar e implantar nuevos protocolos, guías y vías clínicas
- Normalización de los criterios para investigación y utilización de documentos hospitalarios
- Incrementar el número de vías, protocolos y guías de práctica clínica en el hospital
- UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA
 - o Función docente (desarrollar cursos de Epidemiología y Estadística y organizar conferencias sobre temas de investigación)
 - o Extraer los artículos / comunicaciones relacionados con calidad para su re-publicación
 - o presentar al menos un proyecto de investigación propio relacionado con Garantía de Calidad (relacionado con los objetivos del plan de calidad)
 - o promocionar investigación en Enfermería
 - o colaborar en proyecto de investigación con Atención Primaria
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE DOCENCIA

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Número de sesiones generales del hospital y media de asistencia (médicos y enfermeras)
- Elaborar una Guía de práctica clínica para médicos residentes (integración con otras guías del hospital y guía de urgencias)
- Revisión, actualización, adaptación y difusión de los programas oficiales de formación de MIR
- Revisión y adecuación del Libro de Evaluación del Residente
- Supervisión de las rotaciones de los MIR de otros Centros en estancias de corta o larga duración
- Evaluar la docencia del hospital y la calidad percibida de la docencia en los residentes
- Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista **NuevoHospital**
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Organizar al menos un curso anual relacionado con la gestión de calidad (incrementar el número de profesionales con formación en gestión de calidad)
- Formación en seguridad y salud laboral (colaboración con el Servicio de Prevención)
- Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista **NuevoHospital**
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



COMISIÓN DE TECNOLOGÍA y ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Protocolización de la adquisición de tecnología
- Utilización de la tecnología:
 - o evaluar que las peticiones de TC y RM se ajustan a protocolo
 - o evaluar la petición de RX de tórax en el preoperatorio de pacientes ASA I
- Valoración de los circuitos de pruebas complementarias
- MEMORIA ANUAL
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- **MEMORIA ANUAL**
- Guía para elaborar el plan de información a pacientes
- Elaborar censo de procedimientos que precisan información
- Incrementar el número de documentos de CI específicos en el hospital (continuar metodología de años anteriores)
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

GRUPO DE MEJORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

- Plan Documentado de acogida al paciente
- Evaluación periódica de los programas de colaboración con ONG's
- Evaluación del riesgo social al ingreso del paciente
- Encuesta posthospitalización
- Reclamaciones
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

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.

COMISIÓN DE TRANSFUSIONES

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- **MEMORIA ANUAL**



COMISIÓN DE BIBLIOTECA

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Analizar y mantener Bases de Datos Bibliográfica
- Realizar cursos de Búsqueda de Bibliografía
- Realizar una gestión de fondos bibliográficos adecuada
- Determinar el grado de satisfacción del usuario de la biblioteca.
- Dotar a la biblioteca de un área dedicada a calidad asistencial (con dotación de revistas y libros)
- Encuadernar anualmente y tener disponibles los volúmenes de **NuevoHospital** en papel y en CD-ROM
- MEMORIA ANUAL
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE URGENCIAS

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Elaborar la Guía clínica de procesos atendidos en la unidad de Urgencias
- Retorno a urgencias a las 72 horas
- Tiempo de permanencia en los servicios de urgencias
- Adecuación de las vías venosas en urgencias
- MEMORIA ANUAL
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

Capítulo X del PAG 2003-2005

1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS	
1.1	El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.
2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES	
2.1	El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.
3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
3.1	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos.
3.2	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.
4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD	
4.1	El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.

COMISIÓN DE QUIRÓFANOS

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas
- MEMORIA ANUAL
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



COMISIÓN DE CATÁSTROFES

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Plan documentado de actuación en Catástrofes externas
- Plan documentado de actuación en Catástrofes internas
- MEMORIA ANUAL
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**
- Obj. 2.3 (Línea Estratégica 2) El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.

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.

ÁREA DE PREVENCIÓN (ÁREA TÉCNICA)

- Plan documentado de Prevención de Riesgos Laborales
- Formación sobre seguridad y salud en el hospital
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

Capítulo IX del PAG

1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

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

**15- OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS y UNIDADES CLÍNICAS y NO ASISTENCIALES**

- ✓ Todos los servicios y unidades han de **constituir su COMISIÓN DE OBJETIVOS** (Objetivo I del PAG 2003-2005)
- ✓ La COMISIÓN DE OBJETIVOS tiene la misión de integrar la actividad en calidad del servicio-unidad en colaboración con la Unidad de Calidad de la que recibirá apoyo metodológico.
- ✓ La comisión ha de tener presidente y secretario.
- ✓ El **interlocutor con la Unidad de Calidad** será quien designe la Comisión de Objetivos (responsable de calidad de cada comisión) o en su defecto el Jefe de Servicio- Sección - Unidad
- ✓ La comisión de objetivos estará constituida por todos los miembros del servicio-unidad (o al menos todos han de estar representados):
 - PERSONAL SANITARIO: médicos, DUE's / fisioterapia, auxiliares de enfermería, técnicos
 - PERSONAL NO SANITARIO: personal administrativo, celadores
- ✓ Tras cada reunión ha de levantarse acta con número de acta, fecha de reunión, asistentes y temas tratados.
- ✓ Se enviará un ejemplar del acta a la Dirección Médica y otra la conservará el secretario de la comisión
- ✓ Conviene celebrar al menos cuatro reuniones anuales:
 - 1- establecimiento de objetivos y distribución de trabajo (ENERO)
 - 2- seguimiento de objetivos / acciones de mejora (MARZO)
 - 3- evaluación de objetivos
 - 4- resultados alcanzados

- ✓ Los objetivos de calidad se recogen en este manual.
- ✓ La Unidad de Calidad propondrá a cada Comisión de Objetivos del servicio-unidad los objetivos para el año.
- ✓ Se revisarán los objetivos tras la firma del contrato de gestión anual y se comunicarán los cambios a los servicios-unidades afectados.

- ✓ Cada servicio-unidad dispondrá de la siguiente **documentación**:
 - el manual de calidad
 - el manual de metodología (anexo)
 - Plan Anual de Gestión(los tres documentos están disponibles en la web: www.calidadzamora.com)
 - las hojas para recogida de objetivos:
 - **Hoja A** con el listado de objetivos del PAG 2003-2005
 - **Hoja B** con opciones para realizar objetivos propios
 - cuando haya sido aprobado el Plan Anual de Gestión se entregará una copia de los objetivos concretos a los responsables

- ✓ La Comisión de Objetivos de cada servicio-unidad una vez haya valorado los objetivos y propuesto las modificaciones oportunas, enviará las HOJA A yB firmadas a la Unidad de Calidad (Ver diagrama de proceso de asignación y seguimiento de objetivos)
- ✓ Tras la firma del Plan Anual de Gestión se comunicarán las modificaciones necesarias a los responsables de los objetivos afectados para añadir la documentación en un anexo.



OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS ASISTENCIALES

Dos son las líneas fundamentales:

1- Avanzar en el proceso de información a pacientes y familiares:

- guía de acogida al paciente correspondiente al servicio - unidad
- documentos de consentimiento informado
 - incrementar el número de procedimientos susceptibles de ser informados con documento de consentimiento informado autorizados por el Comité Asistencial de Ética
 - disponer de los procedimientos susceptibles de ser informados

2- Elaboración de GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS (Objetivo 3.1 - El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales)

- Cada servicio - Unidad ha de disponer al menos de 6 documentos al finalizar el periodo
- Seguir el procedimiento de publicación en Nuevo Hospital (capítulo 8.1 de este manual - **GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS: PROCEDIMIENTO PARA SU DIFUSIÓN** -)
- Solo se consideran los documentos que han sido publicados en Nuevo Hospital
- Sólo se admiten documentos en formato word
- Los documentos se valorarán (nivel 2) con la metodología recogida en el manual de metodología

PLAN DE GESTIÓN 2004

LINEA 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	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. Las guías, vías o protocolos de práctica clínica deben adaptarse a sus distintos usuarios: - versión abreviada, versión completa y versión para pacientes Se identifican los responsables de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.		X	Documentos: - guías, vías o protocolos. - informe en el que se especifica el proceso de implantación.
2	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).		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: - acciones precisas - plazos - responsables.

Para cada unidad o servicio se redactará un documento que recogerá los objetivos institucionales adecuados a su actividad y otro con la metodología de evaluación de sus objetivos (HOJAS A y B).

A continuación se resumen objetivos que implican a todos los servicios-unidades (con un fin orientativo ya que la asignación de objetivos del plan de calidad por servicios se recogen más adelante).

Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes
Objetivos de calidad científico-técnica
Objetivos de gestión clínica
Objetivos de satisfacción del cliente interno
Objetivos socio-sanitarios

Objetivos integrados
Objetivos específicos (de cada grupo profesional)
Objetivos del plan de calidad
Objetivos propios del servicio-unidad

Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes

Mejora de la satisfacción del usuario:

Recetas:

- Primera receta en consulta externa
- Primera receta en el momento del alta

Mejora del proceso de información:

- Desarrollo y entrega del documento de información sobre servicio-unidad para el paciente junto con la guía del hospital
- Entrega de la documentación de información de cada unidad (guía del usuario + propia del servicio-unidad) a todos los pacientes ingresados
- Cartera de servicios del servicio-unidad
- Desarrollo de documentos específicos de Consentimiento informado (envío para registro y validación en la Comisión de Ética)
- Elaboración del listado de procedimientos que precisan información (aunque aún no se disponga de modelo de Consentimiento Informado)
- Entrega de los documentos de CI

Objetivos de calidad científico-técnica

Mejora de la prescripción farmacológica:

- Prescripción de acuerdo con la guía farmacoterapéutica del hospital
- Evitar empleo de fármacos del grupo C
- Utilizar equivalentes terapéuticos (guía de equivalentes terapéuticos)
- Profilaxis antibiótica de acuerdo con guía de profilaxis de la comisión de infecciones
- Colaborar con la comisión de farmacia en la comunicación de los efectos adversos

Mejora de la utilización de tecnología:

- Peticiones de estudios ajustadas a los protocolos de sociedades científicas: RM, TC, ...
- Aplicar la oxigenoterapia a domicilio según circular 4/2000 de Insalud
- Inclusión de pacientes en LEQ de acuerdo a guía de inclusión
- Adecuación de las indicaciones quirúrgicas a protocolo
- Utilización de las guías de las sociedades científicas o de la Gerencia Regional / Sacyl

Vigilancia de efectos adversos:

- Farmacovigilancia (comunicar los efectos adversos de los fármacos siguiendo la sistemática establecida)
- Registro de las caídas de los pacientes hospitalizados (comunicar cada caída rellenando el formulario de registro)
- Participar en el programa de prevención de caídas en pacientes hospitalizados

Utilización correcta de los recursos (Capítulo IV del PAG 2003-2005)

- Desarrollo de planes de trabajo
- Desarrollo de guías, protocolos y vías clínicas (Capítulo IV del PAG 2003-2005, apartado 6). Protocolización de los procedimientos más frecuentes (desarrollo de guías y protocolos; registro en la Comisión de Investigación y Protocolos)

El Hospital normaliza (mediante la definición o adaptación de protocolos, guías o vías clínicas) al menos 6 procesos asistenciales en cada especialidad, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.



Las guías, vías o protocolos de práctica clínica deben adaptarse a sus distintos usuarios:

- versión abreviada
- versión completa
- versión para pacientes

Se identifican los responsables de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.

- Normalización del proceso de enfermería
- Manual de cuidados de enfermería

Empleo de guías de gestión en las áreas correspondientes:

- Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.
- Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.
- Guía para la evaluación y mejora de los servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.
- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Objetivos de gestión clínica

Mejora de la documentación clínica:

- Informe de alta en todos los pacientes que hayan estado hospitalizados
 - Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días
 - Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta
 - Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del exitus
 - Mejorar la calidad del informe de alta: mejora en la claridad de los datos
- Informe de alta hospitalaria ajustada a las normas de la Comisión de Historias Clínicas

Mejora de la documentación relativa a calidad

- Archivo de las actas de las reuniones del Comité de Objetivos
- Registro de la documentación propia del servicio-unidad en la comisión correspondiente
- Normalización de la documentación propia (guías, vías, protocolos) con **número de versión** ([Nº]-[AÑO]), **fecha de última revisión/ actualización**, identificación del **documento al que sustituye** e indicación de la **procedencia del documento** (propio o de otro centro)

Objetivos de satisfacción del cliente interno

- Análisis de objetivos, asignación del trabajo y seguimiento del cumplimiento de los objetivos en la Comisión de objetivos del servicio-unidad
- Desarrollo de sesiones y reuniones de trabajo
- Solicitar de la Unidad de Calidad el asesoramiento metodológico necesario para conseguir los objetivos
- Elaborar documentación específica del servicio-unidad de acogida al nuevo trabajador (FASE 2 y 3)
- Cumplir las normas sobre uso del tabaco dentro del Hospital (Objetivo: Hospital sin humos)

Mejora de la comunicación e información:

- Publicación de trabajos en la revista NuevoHospital (gestión de procesos, nuevas tecnologías, técnicas, organización del trabajo...)

Objetivos socio-sanitarios

Participar con el Servicio de Atención al Paciente en el programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.



OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS NO ASISTENCIALES (ÁREA DE GESTIÓN Y RECURSOS GENERALES)

- Análisis de objetivos, asignación del trabajo y seguimiento del cumplimiento de los objetivos en la Comisión de objetivos del servicio-unidad
- Elaboración de los planes de trabajo
- Desarrollo de sesiones y reuniones de trabajo
- Documentar por escrito los procedimientos más frecuentes
- Solicitar de la Unidad de Calidad el asesoramiento metodológico necesario para conseguir los objetivos
- Elaborar documentación específica del servicio-unidad de acogida al nuevo trabajador (FASE 2)
- Cumplir las normas sobre uso del tabaco dentro del Hospital (Objetivo: Hospital sin humos)

Mejora de la comunicación:

- Publicación de trabajos en la revista NuevoHospital (gestión de procesos, nuevas tecnologías, técnicas, organización del trabajo...)



OBJETIVOS POR SERVICIOS y UNIDADES (HOJA A y B)⁶

⁶ Cada servicio o unidad recibirá un modelo en el que se recogerán los objetivos. Se entregará en versión WORD y EXCEL.



OBJETIVOS DE CALIDAD 2003

HOJA A

COMISIÓN DE OBJETIVOS

SERVICIO O UNIDAD:.....

OBJETIVO	ÁREAS IMPLICADAS	ACREDITACIÓN DEL RESULTADO
----------	------------------	----------------------------

Fdo. Presidente de la Comisión de Objetivos

Acta Nº:

Fecha _____



OBJETIVOS DE CALIDAD 2003

HOJA B

COMISIÓN DE OBJETIVOS

SERVICIO O UNIDAD:.....

Se valorarán como objetivos propios el desarrollo de actividades en el Servicio- Unidad relacionadas con, al menos tres áreas de las siguientes (Indicar con un círculo el número de al menos tres áreas):

- 1- Publicación de artículos en la revista Nuevo Hospital
- 2- Desarrollo de página web propia del Servicio-Unidad
- 3- Actualización de la página web ya desarrollada en el Servicio-Unidad (con inclusión del enlace a la web de la Unidad de Calidad)
- 4- Publicación de artículos en revistas especializadas con mención explícita del Hospital y Servicio-Unidad
- 5- Organización de congreso (indicar tipo y fechas)
- 6- Organización de cursos (indicar tipo y fechas)
- 7- Organización de talleres de trabajo (indicar tipo y fechas)
- 8- Organización de cursos, talleres para pacientes – usuarios (indicar tipo y fechas)
- 9- Participación en comisiones clínicas, grupos de trabajo u otros órganos de participación del hospital (al menos dos miembros del Servicio-Unidad) (indicar cuáles)
- 10- Participación en grupos de trabajo del Área de Salud (indicar grupo)
- 11- Participación en grupos de trabajo de ámbito regional (indicar grupo)
- 12- Participación en grupos de trabajo de ámbito nacional (indicar grupo)
- 13- Participación en grupos de trabajo de ámbito europeo – internacional (indicar grupo)
- 14- OTROS (indicar):

Fdo. Presidente de la Comisión de Objetivos

Acta N°:

Fecha _____



METODOLOGÍA POR OBJETIVO ⁷

⁷ Se acompañará de hoja EXCEL y de la correspondiente metodología para cada objetivo. Pueden utilizarse las hojas correspondientes de cada objetivo del manual de Metodología (anexo)



RECOGIDA DE DATOS

(FORMATO EXCEL)

TABLA DE OBJETIVOS (se entregará en EXCEL con los objetivos especificados)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OBJETIVO OPERATIVO	CRITERIO	INDICADOR *	ESTÁNDAR	RESPONSABLE (nombre y puesto de trabajo)	TIPO DE EVALUACIÓN	PERIODO EVALUADO	POBLACIÓN	MUESTRA**	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO***	PACTO	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	ACCIONES DE MEJORA

El modelo de tabla propuesto se ajusta a cualquier objetivo.

Para cada objetivo se especificarán sus datos propios

* el indicador puede ser un cociente (con numerador y denominador que se especificará en las columnas 10 y 11), otro tipo de fórmula o indicar SI / NO

** indicar el número en el caso de que no se haya tomado toda la población (columna 8)

*** el resultado puede ser un número (al aplicar la fórmula del indicador) ó puede ser respuesta SI ó NO



16- RECOGIDA DE RESULTADOS

- Los resultados obtenidos se enviarán a la UNIDAD DE CALIDAD **antes del 31 de diciembre de cada año.**
- **FORMATO: los resultados han de enviarse en formato EXCEL bien sea en disquette (personalmente al miembro de la Unidad de Calidad representante del área o al Coordinador del Calidad) o por correo electrónico**
- Los resultados se incluirán en la base de datos <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.mdb>
- ELABORACIÓN DE LA MEMORIA ANUAL DE CALIDAD. Tendrá los siguientes apartados:
 1. Resumen del manual de calidad
 2. Unidad de calidad
 3. Comisión Central de Garantía de Calidad
 4. Comisiones Hospitalarias
 5. Resultados de Calidad del Plan Anual de Gestión
 6. Objetivos propios de los Servicios-Unidades:
 - a. Área médica
 - b. Área de enfermería
 - c. Área de gestión
 7. Unidad de Investigación
 8. Comentarios, acciones de mejora
 9. Planificación año siguiente

**17- BIBLIOGRAFÍA**

- **Hospital Virgen de la Concha. UNIDAD DE CALIDAD:** *“Manual de Calidad. (edición 1-2002)”*. Nuevo Hospital (Internet). 2002. II / 6. (En <http://www.calidadzamora.com>)
- **Dirección Gerencia Hospital Virgen de la Concha.:** *“Plan Estratégico del Hospital”*. Zamora, 1999. Nuevo Hospital (Internet). 2001. I / 1. (En <http://www.calidadzamora.com>)
-
- **GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL:** *“PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA”*. Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347) (<http://www.calidadzamora.com>)
- **Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Calidad:** *“Metodología (anexo)”*. En: <http://www.calidadzamora.com>

Documentos en Nuevo Hospital:

Nº 72: Plan Anual de Gestión 2004

Nº 71: Comisiones clínicas: manuales de funcionamiento

Nº 48: Manual de Calidad (2-2003)

Nº 47: Plan Anual de Gestión 2003 (Complejo Hospitalario de Zamora)

• ⁱ **GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL:** *“PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA”*. Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347) (<http://www.calidadzamora.com>)



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 (disponible en la web: www.calidadzamora.com)