



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 22 - Año 2004 - Nº edición: 80

Publicado el 05 de octubre de 2004

PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2004

CRITERIOS DE VALORACIÓN

(Servicios Centrales de SACYL)

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.

Atención Especializada

Plan Anual de Gestión 2004

Criterios de valoración



| |
|---------------|
| ÍNDICE |
|---------------|

| | |
|---|------------|
| Introducción | 3 |
| Objetivos de Actividad | 5 |
| Objetivos de Demora | 9 |
| Objetivos de Cumplimiento de gasto presupuestario | 13 |
| Objetivos Plurianuales: | |
| Línea Estratégica I: Despliegue del Plan de Gestión | 15 |
| Línea Estratégica II: Orientación al usuario | 17 |
| Línea Estratégica III: Gestión eficiente de los recursos | 47 |
| Línea Estratégica IV: Estructuras y herramientas de mejora de la calidad | 81 |
| Línea Estratégica V: Farmacia | 93 |
| Línea Estratégica VI: Sistemas de información | 101 |
| Línea Estratégica VII: Plan de reducción de listas de espera | 109 |
| Anexo I: Servicios, unidades, áreas | 124 |
| Anexo II: Especialidades médicas y quirúrgicas | 130 |

INTRODUCCIÓN

En el año 2003 se desarrolló un procedimiento de evaluación del Plan Anual de Gestión en dos fases (autoevaluación y evaluación externa) que pretendía ser participativo, riguroso y eficiente. De esta experiencia que, en general, se ha valorado positivamente, se han obtenido una serie de conclusiones cuya incorporación permitirá mejorar el modelo de evaluación propuesto.

Como en el año previo, además de la edición del documento “Plan Anual de Gestión de Atención Especializada 2004”, ya difundido, se ha elaborado y editado otro documento, complementario al anterior, Plan Anual de Gestión 2004: Criterios de Valoración. Este último documento surge del compromiso previo de establecer unos criterios de valoración claros, explícitos y consensuados para los objetivos planteados. En él se especifican, de la forma mas precisa posible, los componentes o aspectos a tener en cuenta en cada uno de los objetivos, con el fin de que sirvan de guía para facilitar su seguimiento, así como su evaluación mediante la metodología detallada en el anexo A del documento “Plan Anual de Gestión 2004”. En la elaboración del documento Plan anual de Gestión 2004: Criterios de Valoraciones ha buscado la participación y el consenso entre todos los implicados en el Plan. Los criterios de valoración de los Objetivos Plurianuales han sido estudiados por un grupo de profesionales pertenecientes tanto a los servicios Centrales como a los Centros Periféricos de Atención Especializada. Las recomendaciones y sugerencias aportadas por el grupo han sido incorporadas como Aclaraciones a los criterios de Valoración en aquellos objetivos que lo requerían.

Siguiendo la estructura del Plan Anual de Gestión 2004, el documento describe las fuentes de información y, en su caso, las aclaraciones a los criterios de valoración de los Objetivos anuales con valor y de los Objetivos Plurianuales. Respecto a los Objetivos de Área, que comprometen a los dos niveles asistenciales, desde la Dirección General de Asistencia se evaluará su grado de cumplimiento según los criterios y metodología establecidos en el Plan Anual de Gestión 2004.

Esperamos con este documento contribuir a disminuir la variabilidad en la valoración de los objetivos, a mejorar su transparencia, a agilizar el proceso y, en definitiva, incrementar la implicación e los profesionales con el Plan Anual de Gestión 2004 y con el proceso de mejora continua del Centro.

OBJETIVOS ANUALES

ACTIVIDAD

ESTANCIA MEDIA GLOBAL CON EXTREMOS DE CAMAS DE AGUDOS

FUENTE DE INFORMACIÓN

El indicador se obtendrá de las filas 92 y 95 del SIAE
Su cálculo se realiza: $\frac{\text{Total de estancias}}{\text{Total de ingresos}}$

IEMA CENTRO 2003

FUENTE DE INFORMACIÓN

El indicador se obtendrá de los datos enviados por el Centro en el CMBD a la Dirección Técnica de Sistemas de Información

IEMA GRUPO 2004

FUENTE DE INFORMACIÓN

El indicador se obtendrá de los datos enviados por el Centro en el CMBD a la Dirección Técnica de Sistemas de Información

PORCENTAJE DE ANALGESIA EPIDURAL EFECTIVAMENTE REALIZADA

FUENTE DE INFORMACIÓN

Registro específico sobre analgesia epidural que mensualmente se envía desde cada Centro a la Dirección Técnica de Sistemas de Información

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de 200 puntos que se obtendrá cuando **el indicador alcance o supere el 98%**.

PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS VIVOS A LOS QUE SE REALIZAN PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA SOBRE EL TOTAL DE SOLICITUDES

FUENTE DE INFORMACIÓN

El indicador se obtendrá de las filas 365, 366 y 367 del SIAE. **Se empezará a contabilizar a partir del 1 de abril de 2004.**

Su cálculo se realiza:

Nacidos vivos en el Centro a los que se les ha realizado detección precoz de hipoacusia (fila 366) + nacidos procedentes de otros Centros a los que se les ha realizado la detección precoz de hipoacusia (fila 367) / Nº de nacidos vivos en el Centro (fila 365)+ nacidos procedentes de otros Centros a los que se les ha realizado la detección precoz de hipoacusia (fila 367)

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de 200 puntos que se obtendrá cuando **el indicador alcance o supere el 98%**.

PORCENTAJE DE CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA EN QUIRÓFANO SOBRE EL TOTAL DE CIRUGÍA PROGRAMADA

FUENTE DE INFORMACIÓN

El indicador se obtendrá de las filas 344 y 346 del SIAE y se expresará en porcentaje

Su cálculo se realiza:

Intervenciones quirúrgicas realizadas en quirófano programadas ambulatorias (IQPA) (fila 346)

Total de cirugía programada (IQPA + IQPH) (fila 344)

PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS GLOBAL

FUENTE DE INFORMACIÓN

El indicador se obtendrá de las filas 114 y 120 del SIAE, y se expresará en porcentaje

Su cálculo se realiza: $\frac{\Sigma \text{ tiempo utilizado}}{\Sigma \text{ tiempo disponible}}$

VALORACIÓN:

La valoración de este grupo de objetivos anuales de actividad se realizará según los criterios generales de valoración que se contemplan en el documento de Plan Anual de Gestión 2004

OBJETIVOS ANUALES

DEMORAS

DEMORA MEDIA QUIRÚRGICA

FUENTE DE INFORMACIÓN.

Informe de situación de Lista de Espera Quirúrgica a 31 de diciembre de 2004 elaborado por la Dirección General de Desarrollo Sanitario (demora media activos)

Su cálculo se realiza: $\frac{\Sigma (\text{Fecha de corte} - \text{Fecha de inclusión})}{\text{Total de pacientes en LEQ}}$

DEMORA MÁXIMA QUIRÚRGICA

FUENTE DE INFORMACIÓN

Ficheros de L.E.Q. remitidos por los Centros a la Dirección Técnica de Sistemas de Información a fecha de corte de 31 de diciembre de 2004

Su cálculo se realiza: Fecha de corte – Fecha de inclusión (o registro)

NOTA.

Para la asignación de incentivos del Plan de Reducción de Listas de Espera el incumplimiento a partir del mes de abril de 2004 del objetivo de demora máxima quirúrgica se penalizará con un 2% mensual

ÍNDICE ENTRADAS / SALIDAS DE LEQ

FUENTE DE INFORMACIÓN

Informe de situación de Lista de Espera Quirúrgica elaborado por la Dirección General de Desarrollo Sanitario (datos globales: índice entradas / salidas acumulado anual).

DEMORA MEDIA DE CONSULTAS EXTERNAS

FUENTE DE INFORMACIÓN

Informe de situación de Lista de Espera de Consultas Externas elaborado por la Dirección General de Desarrollo Sanitario (demora media tipo cita =1 ó estructural).

DEMORA MÁXIMA DE CONSULTAS EXTERNAS

FUENTE DE INFORMACIÓN

Ficheros de L.E.C.Y.T remitidos por los Centros a la Dirección Técnica de Sistemas de Información a fecha de corte de 31 de diciembre de 2004.

Su cálculo se realiza: Fecha de corte – Fecha de registro en la agenda con mayor demora estructural del hospital

ÍNDICE ENTRADAS / SALIDAS DE LECEX

FUENTE DE INFORMACIÓN

Informe de situación de Lista de Espera de Consultas Externas elaborado por la Dirección General de Desarrollo Sanitario (datos globales: índice entradas / salidas acumulado anual).

DEMORA MÁXIMA MAMOGRAFÍAS

FUENTE DE INFORMACIÓN

Ficheros de L.E.C.Y.T remitidos por los Centros a la Dirección Técnica de Sistemas de Información a fecha de corte de 31 de diciembre de 2004.

Su cálculo se realiza: Fecha de corte – Fecha de registro en la agenda con mayor demora estructural del hospital

DEMORA MÁXIMA TAC

FUENTE DE INFORMACIÓN

Ficheros de L.E.C.Y.T remitidos por los Centros a la Dirección Técnica de Sistemas de Información a fecha de corte de 31 de diciembre de 2004.

Su cálculo se realiza: Fecha de corte – Fecha de registro en la agenda con mayor demora estructural del hospital

DEMORA MÁXIMA ECOGRAFÍAS EN RX

FUENTE DE INFORMACIÓN

Ficheros de L.E.C.Y.T remitidos por los Centros a la Dirección Técnica de Sistemas de Información a fecha de corte de 31 de diciembre de 2004.

Su cálculo se realiza: Fecha de corte – Fecha de registro en la agenda con mayor demora estructural del hospital

DEMORA MÁXIMA RM

FUENTE DE INFORMACIÓN

Ficheros de L.E.C.Y.T remitidos por los Centros a la Dirección Técnica de Sistemas de Información a fecha de corte de 31 de diciembre de 2004.

Su cálculo se realiza: Fecha de corte – Fecha de registro en la agenda con mayor demora estructural del hospital

OBJETIVOS ANUALES

CUMPLIMIENTO DE PREVISIÓN DE GASTO

Este objetivo tiene un valor de 2.700 puntos

Cuando se cumple el presupuesto de gastos asignado sin desviación alguna, se considera un logro excelente y se obtiene el valor global del objetivo (2.700 puntos).

Si la desviación en el cumplimiento del presupuesto de gastos es inferior al 1% se considera un logro adecuado y se obtendrán 1.350 puntos

Si la desviación en el cumplimiento del presupuesto de gastos asignado es igual o superior al 1% se considerará el objetivo como no cumplido, y por tanto, su valoración será de 0 puntos

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

GASTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2004:

No se incluye como gasto a efectos del cumplimiento del P.A.G.:

- Cuotas de la Seguridad social
- Mejoras retributivas del personal que pudieran aprobarse a lo largo del presente ejercicio
- Productividad por cumplimiento de objetivos
 - Productividad variable 2003
 - Productividad variable factor fijo 2004
- Acción Social
- Gastos en becas, ensayos, investigación..., que llevan su propia financiación ajena a la Gerencia Regional de Salud
- Sentencias e indemnizaciones, debidamente documentadas y justificadas.

LÍNEA ESTRATÉGICA I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN

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

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

ACTUACIÓN 1: El Equipo Directivo establece, lidera y desarrolla:

- *La negociación con los Servicios / Unidades y Comisiones del Plan de Gestión.*
- *El resultado final del proceso negociador.*
- *El proceso de seguimiento, evaluación y aplicación de medidas correctoras a lo largo del ejercicio.*
- *La oportuna comunicación de todo el proceso a los órganos de representación de los usuarios, trabajadores y medios de comunicación social.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Documento firmado de compromiso con el Plan de Gestión elaborado, correspondiente a la mayor parte los Servicios / Unidades / Comisiones del Hospital.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El documento de compromiso debe corresponder al año 2004, contener al menos los objetivos fijados para este año, el procedimiento de evaluación de dichos objetivos en el año y la firma de compromiso entre el Equipo Directivo del hospital y el responsable del Servicio / Unidad o de la Comisión.

Al menos existirá un documento de compromiso con las condiciones mínimas arriba referidas en:

1. 85 % de los Servicios / Unidades relacionados en el **anexo I**.
2. 100% de las Comisiones Clínicas funcionantes en el hospital, de las que, por lo menos 4, serán Comisiones de las reglamentarias. Si en un hospital 2 comisiones están fundidas en 1, y se puede constatar con la documentación presentada que realizan funciones de ambas, se contabilizará como si existiesen las 2.

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa bimestralmente la evolución de los acontecimientos y adopta las medidas correctoras precisas para salvar la diferencia entre lo previsto y lo realizado.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se detalla el análisis realizado, las conclusiones obtenidas y las medidas correctoras adoptadas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Existirán al menos 4 informes o actas de Comisión de Dirección en las que conste seguimiento, análisis, conclusiones y medidas correctoras, o un único informe en el que de manera inequívoca se contengan los aspectos reseñados en al menos 4 periodos de tiempo. Se acompañará necesariamente de los cuadros de mando correspondientes a la información analizada

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **200 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones 1 y 2

Cumplimiento parcial

Si el número de servicios con documento de compromiso firmado para el ejercicio 2004 es menor del 85 % pero mayor del 75 % se descontará a la puntuación global del objetivo el 25% (menos 50 puntos)

Si solo hay documento firmado de compromiso con las Comisiones clínicas en 3 de las reglamentarias se descontará a la puntuación global del objetivo el 10% (menos 20 puntos)

Los descuentos por cumplimientos parciales pueden ser acumulados

Si los documentos de compromiso con los servicios son inferiores al 75%, o los documentos de firma de las Comisiones Clínicas son inferiores a 3 o no hay constancia del seguimiento de los objetivos en al menos 4 momentos del presente ejercicio este objetivo se valorará como NO CUMPLIDO (0 puntos)

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

OBJETIVO 1.1 El Hospital informa adecuadamente al paciente y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial incluyendo el Consentimiento Informado cuando se precise.

*ACTUACIÓN 1: -**Todos** los servicios clínicos susceptibles elaborarán y dispondrán de un Plan de Información a pacientes o allegados con el contenido básico sobre su proceso para garantizar la continuidad asistencial y que incluirá el Consentimiento Informado si lo precisara.*

- Los servicios clínicos elaborarán e implantarán los documentos de Consentimiento Informado de forma progresiva. Dicho Consentimiento se adaptará a lo regulado en la Ley 8/2003. Todos los documentos estarán informados por el Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y aprobados por la Comisión Clínica correspondiente.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Plan de Información.
- Documentos de Consentimiento Informado elaborados.
- actas del Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y de la Comisión Central de Garantía de Calidad.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Los servicios clínicos que elaborarán y dispondrán de un plan de información son aquellos que cuentan con unidad de hospitalización.

1- El Plan de Información a pacientes o allegados de los servicios clínicos contendrá como mínimo:

Lugar y hora de información a pacientes o allegados

Referencia a facultativo responsable del paciente y a la supervisora de la unidad

Referencia a la necesidad de que para determinadas intervenciones diagnósticas y / o terapéuticas se precisa el Consentimiento Informado

2- Relación de documentos de Consentimiento Informado elaborados especificando los que se encuentran implantados.

3- Actas de la Comisión Central de Garantía de la Calidad en las que se aprueban los Planes de Información de los servicios y los documentos de Consentimiento Informado

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza el grado de implantación de los documentos relativos al Plan de Información y Consentimiento Informado, verifica en este último la identificación del médico y paciente y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para acreditar como cumplida esta actuación deben existir los 2 requisitos siguientes:

- 1- Informe en el que se analiza el grado de implantación de los Planes de Información a pacientes y allegados, y se especifican las conclusiones obtenidas.
- 2- Informe en el que se analiza el grado de implantación de los Documentos de Consentimiento Informado y se verifica en ellos la identificación del médico y del paciente, y se especifican las conclusiones obtenidas.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- *acciones precisas*
- *plazos*
- *responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se habrá identificado una oportunidad de mejora (que puede referirse tanto al análisis de los Planes de Información como al de los Documentos de Consentimiento Informado), y se especificarán para dicha oportunidad de mejora las acciones precisas, los plazos y los responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **70 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital tiene elaborados e implantados:

- La Guía de Información al Usuario (ajustándose a lo referido en el Decreto 40/2003).
- El Manual de Acogida a pacientes que contemplará como mínimo: recomendaciones durante su estancia en el hospital, horario de visita, sistemática de la información a los pacientes, médico y enfermera responsable...

Garantizando que el Manual de Acogida se entregue en el 100% de los pacientes ingresados y que la Guía de Información al Usuario esté disponible, al menos, en los Servicios de Atención al Usuario, de Admisión y Documentación Clínica, en el Área de Urgencias y en los Puntos de Información.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Guía de Información al Usuario.
- Manual de acogida.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

1- La Guía de Información al Usuario normalizada desde los Servicios Centrales deberá estar disponible al menos en los Servicios de Atención al Usuario, Admisión y Documentación Clínica, Área de Urgencias y Puntos de información.

2- El Manual de acogida contendrá como mínimo:

- Recomendaciones durante su estancia en el hospital
- Horario de visita
- Sistemática de la información a los pacientes
- Médico y enfermera responsable

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza el procedimiento de entrega y el grado de distribución del Manual de acogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

1. Debe existir un documento escrito que describa el procedimiento de entrega: quién, donde, cuando.
2. El análisis se debe referir al grado de distribución del Manual de acogida considerando como deseable la distribución al 100% de los pacientes ingresados.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **53 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

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

ACTUACIÓN 1: La Carta de derechos y deberes del paciente está visible en lugares de fácil acceso para los usuarios, además de formar parte de la Guía de Información al Usuario y en su caso del manual de acogida. De acuerdo con la Orden SBS/1325/2003, la Carta de Derechos incluirá la posibilidad de los pacientes de prever un Testamento Vital.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que detalla las ubicaciones de la carta de derechos y deberes del paciente.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

La carta de derechos y deberes del paciente ha de estar visible al menos en los Servicios de Atención al Usuario, Admisión y Documentación Clínica, Área de Urgencias y Puntos de Información

ACTUACIÓN 2: El Hospital diseña y desarrolla programas de sensibilización e información en relación con los derechos y deberes del paciente, dirigidos a todos los profesionales del Centro.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Programas desarrollados de sensibilización e información a los profesionales.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El programa de sensibilización e información en relación con los derechos y deberes de los pacientes o, al menos, alguna de sus actividades debe de haberse desarrollado a lo largo del año 2004.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **53 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

OBJETIVO 2.1 El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización y en las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias.

ACTUACIÓN 1: El Hospital tiene implantadas:

- la encuesta de posthospitalización SERVQHOS y
 - una encuesta específica de elaboración propia para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria y /o de urgencias.
- Ha definido - igualmente - los criterios para su aplicación.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- encuestas sobre las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias.
- metodología de aplicación de las encuestas de las tres áreas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Las encuestas para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en las áreas de hospitalización, de atención ambulatoria y de urgencias, se aplican desde Servicios Centrales y los resultados obtenidos se facilitarán a cada Centro.

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza los resultados de las encuestas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El análisis sobre los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas debe realizarse en el año 2004 .

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en cada una de las áreas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora para cada una de las encuestas que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **48 puntos**.

Al haberse asumido desde los Servicios Centrales la actuación 1, ésta no se considerará en el cálculo de la puntuación alcanzada en el objetivo, por este motivo, para los Centros que se han comprometido con el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2, será imprescindible haber realizado la actuación 2 para obtener la puntuación del objetivo. Así mismo, aquellos Centros que sólo se hubieran comprometido en la actuación 1, deberán realizar los requisitos marcados en la actuación 2 para obtener puntuación en este objetivo.

Cumplimiento parcial

Los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las 3 actuaciones podrán obtener un 50% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 2 sólo han definido oportunidades de mejora referidas a los resultados de la encuesta a pacientes posthospitalizados. Recibirán un 25% del valor inicial del objetivo si son referidas a los resultados de la encuesta realizada a pacientes atendidos en el área de actividad ambulatoria y otro 25 % si se refieren a los resultados de la encuesta de pacientes atendidos en urgencias.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital -a través del S.A.U.- pone a disposición de los usuarios los formularios normalizados para la canalización de reclamaciones y sugerencias, y ha establecido el procedimiento interno para dar respuesta a las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, ajustándose a los parámetros normativos establecidos al respecto.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- procedimiento.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Debe existir un procedimiento interno escrito para dar respuesta a las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios se ajustará a los parámetros normativos establecidos al respecto (Decreto 40/2003 de 3 de abril) en el que al menos consta:

- Las hojas de reclamaciones y sugerencias utilizadas por el Centro
- La forma y el lugar de presentación
- La tramitación, contestación y plazo
- Contenido de la contestación

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El análisis debe realizarse en el año 2004 y hacer referencia a las quejas, reclamaciones y sugerencias presentadas con posterioridad al 1 de enero de 2003.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- *acciones precisas*
- *plazos*
- *responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora y tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **48 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse todas las actuaciones pactadas por cada Centro

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital elabora un Plan de Emergencias y Evacuación, con todas sus fases. Igualmente, implanta dicho Plan mediante la:

- *divulgación a todo el personal*
- *formación específica a los equipos de intervención.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Plan de Emergencias y Evacuación.*
- *Informe en el que se especifican: las actuaciones divulgativas y formativas.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deben cumplirse ambos requisitos:

1. - El Plan de Emergencias y Evacuación deberá incluir los siguientes documentos:
 - 1.1- Evaluación del Riesgo:** Valoración de las condiciones de riesgo del edificio y de los diferentes locales, el emplazamiento de las instalaciones, las características de los accesos...
Comportamiento frente al fuego y evacuación: Analiza las condiciones constructivas y arquitectónicas, así como los medios de evacuación y consignas de actuación.
Plan de Evacuación: se diseñan las rutas de evacuación y se analizan las condiciones existentes para evacuación horizontal y vertical.
 - 1.2. - Medios de Protección:** Determina los medios materiales y humanos disponibles, definiendo los equipos, sus funciones y características.
 - 1.3. - Plan de Emergencia:** Contempla las diferentes hipótesis de emergencia y los planes de actuación para cada una de ellas, definiendo los Equipos de Emergencia creados y los Centros de Reunión.
 - 1.4. - Implantación del Plan de Emergencia:** Previsión de las actuaciones técnicas y humanas que han de realizarse para la asimilación y completa implantación del Plan de Emergencia en el edificio, y programas de mantenimiento de las instalaciones más importantes.
2. - Se valorarán las actuaciones realizadas de divulgación para todo el personal, y la formación específica impartida a los equipos de intervención (equipos de alarma y evacuación, equipos de primeros auxilios, equipos de primera intervención y equipos de segunda intervención, así como al Jefe de Intervención y Jefe de Emergencia).

ACTUACIÓN 2: El Hospital desarrolla simulacros, analiza su desarrollo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- el /los simulacros desarrollados, el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifique el tipo de simulacro:

Simulacro General

Simulacro Parcial: El que afecta a un sector determinado, no afectando a otros sectores colindantes ni a terceras personas.

El informe debe contener también el análisis del desarrollo del simulacro y cuáles han sido las conclusiones obtenidas (oportunidades de mejora)

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas*
- plazos*
- responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará la iniciación y puesta en marcha de las acciones precisas para hacer efectivas la totalidad de las oportunidades de mejora detectadas, con indicación de los plazos de cumplimiento y de los responsables de su implantación.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **52 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 podrán obtener un 50% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1 en la actuación 2 han llevado a cabo, al menos, algún simulacro parcial

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las 3 actuaciones podrán obtener un 75% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente las actuaciones 1 y 2, en la actuación 3 aspectos analizados.han hecho efectivo, al menos, el 50% de las oportunidades de mejora detectadas.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital dispone de normas escritas que contemplan:

- las medidas de separación necesarias para las habitaciones, salas de observación, salas de exploración... y
- las normas que orientan al conjunto de los profesionales a comportarse de modo respetuoso con la necesidad de intimidad del paciente de acuerdo con la normativa aplicable.

Dichas normas contemplarán -además- el comportamiento mínimo exigible a otros pacientes, familiares o allegados.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- normas escritas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Las normas escritas deberán estar elaboradas por el propio Centro y estar referidas a:

1. medidas de separación
2. comportamiento de los profesionales
3. comportamiento mínimo exigible a pacientes, familiares o allegados

ACTUACIÓN 2: El Hospital tiene establecidos los criterios para asignar habitación individual a aquellos pacientes que por su estado clínico y /o emocional necesitan un aislamiento específico y los aplica.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- criterios

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Criterios escritos de asignación de habitación individual que contemplen al menos los siguientes supuestos:

- Prescripción facultativa (aislamiento, enfermos psiquiátricos...)
- Motivos de buen funcionamiento, protección especial y seguridad en centros hospitalarios
- A petición de los pacientes o familiares (enfermos terminales...)

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **45 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 3. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL USUARIO

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital analiza su situación y la adapta a las exigencias reguladas en la normativa vigente respecto a la confidencialidad de los datos:

- circuitos de documentación clínica y datos sensibles
- accesibilidad a las bases de datos y archivos documentales etc.

Igualmente, diseña y desarrolla programas de sensibilización e información, en relación con la confidencialidad de datos, dirigidos a todos los profesionales del Centro.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- informe en el que se detalla el análisis realizado y las medidas adoptadas
- Programas de sensibilización e información.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán existir ambos requisitos:

- Informe de situación que contemple los circuitos de documentación clínica y de datos sensibles, y la accesibilidad a bases de datos y archivos
- Programas de sensibilización e información a profesionales. Al menos alguna de sus actividades debe haberse desarrollado a lo largo del año 2004

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza el grado de cumplimiento de la normativa sobre la confidencialidad de los datos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe realizado por el Hospital sobre el grado de cumplimiento de la normativa

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora y tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **76 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 4. OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE

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

ACTUACIÓN 1: El Servicio de Urgencias elabora y aplica una norma escrita en la que se especifica el proceso de valoración inicial y clasificación de pacientes. Igualmente, recoge la información relacionada con el tiempo de permanencia de los pacientes en sus dependencias.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Sistema de clasificación de pacientes
- cuadro de mandos.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán existir ambos requisitos:

- 1- Documento que describa el sistema de clasificación de pacientes teniendo en cuenta que dicho sistema ha de aplicarse al menos cuando la presión asistencial lo requiera.
- 2- Cuadro de mandos que recogerá al menos en dos periodos del año la siguiente información:

Hora de llegada del paciente al servicio de urgencias

Hora de clasificación del paciente

Hora de asistencia del paciente

Tiempo total de permanencia en urgencias (definiendo como se calcula)

ACTUACIÓN 2: El Servicio de Urgencias analiza la información recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe realizado en el que se especifica el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de clasificación de pacientes y /o sobre la información recogida en el cuadro de mandos y las conclusiones obtenidas.

ACTUACIÓN 3: El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, tomando en consideración las siguientes referencias en cuanto al tiempo de asistencia:

Nivel 1: paciente con riesgo vital evidente, intervención inmediata.

Nivel 2: paciente emergente, intervención en menos de 15 minutos.

Nivel 3: paciente urgente no crítico, intervención en menos de media hora.

Nivel 4: paciente urgente demorable, intervención en menos de una hora.

Nivel 5: paciente no urgente, intervención en menos de dos horas

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas*
- plazos*
- responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora y tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **75 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

OBJETIVO 5.1 Atención Psicogeriátrica.

ACTUACIÓN 1: El Hospital adapta el programa de Atención Psicogeriátrica que incluye:

- Atención a la Demencia
- Atención a la Depresión.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Documentos: Programas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El hospital adapta el programa de atención gerontopsiquiátrica del Plan Especial de Atención Geriátrica, que incluye un programa de atención a la demencia y otro de atención a la depresión.

Se evaluará la existencia de la adaptación de dichos programas bajo la forma de protocolos por escrito que incluyan como mínimo:

- Definición del papel de cada dispositivo en el proceso terapéutico
- Protocolización de la continuidad de cuidados entre los dispositivos psiquiátricos del Área de Salud
- Protocolización de la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales (AP, AE)
- Protocolización del seguimiento asistencial durante el proceso
- Indicadores de evaluación de los programas

ACTUACIÓN 2: El Hospital implanta los programas diseñados.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica el proceso de implantación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará la documentación del proceso de implantación:

- Documentación de la difusión del protocolo entre los profesionales implicados
- Cronograma de implantación
- Implantación al menos en los Equipos de Salud Mental y en las Unidades de Hospitalización

ACTUACIÓN 3: El Hospital evalúa los programas implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Informe del responsable del servicio que contenga un análisis cualitativo del proceso y resultados de la implantación, así como las oportunidades de mejora detectadas.
- Documento que contenga un análisis cuantitativo del nº de casos atendidos, especificando al menos casos nuevos, reinicios de tratamiento y altas

ACTUACIÓN 4: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará mediante informe del responsable del Servicio y del Gerente en el que se especificarán para cada oportunidad de mejora detectada:

- Acciones emprendidas
- Responsables de la ejecución
- Cronograma de la actuación

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **24 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital adapta y difunde el programa de Gestión de Casos.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- programa
- Informe en el que se especifica el proceso de difusión del programa

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El Hospital adapta un programa de gestión de casos a aplicar en cada Equipo de Salud Mental. Se evaluará mediante la documentación siguiente:

- Objetivos del programa y criterios de inclusión y exclusión
- Funciones y tareas a realizar por el gestor de casos (D.U.E.-T.S.)
- Identificación de los profesionales en cada Equipo de Salud Mental y criterios de asignación de casos
- Mecanismos de coordinación entre los dispositivos y niveles asistenciales
- Métodos de apoyo y supervisión al Gestor
- Criterios y organización de consulta preferente en los Equipos de Salud Mental
- Protocolo de actuación ante abandonos de tratamiento y crisis

ACTUACIÓN 2: El Hospital implanta progresivamente el programa de Gestión de Casos.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica el proceso de implantación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará la documentación del proceso de implantación:

- Documentación de la difusión del programa entre los profesionales
- Formación impartida a los gestores de caso sobre sus tareas propias
- Cronograma de implantación
- Existencia de al menos un gestor de caso por cada Equipo de Salud Mental
- Nº de pacientes asignados / Gestor
- Informes quincenales de actividad de los gestores

ACTUACIÓN 3: El Hospital implanta un sistema de información de casos de enfermedad mental grave y prolongada que permita el seguimiento.

*CRITERIOS DE VALORACIÓN:
Auditoria externa.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El sistema de información al menos informará sobre 4 de los siguientes parámetros

- Prevalencia de casos en tratamiento
- Incidencia anual
- Nº de ingresos y reingresos en las unidades de hospitalización: crisis agudas, convalecencia, U. Rehabilitación
- Frecuentación ambulatoria
- Derivaciones a dispositivos sociales
- Necesidades psicosociales detectadas:
 - C.A.N.(Phelan y Tornicroft, 1993)
 - N.C.A.(Brewing y Wing, 1989)
 - R.A.I.-M.H. (Hirdes y cols., 1999)

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **24 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

OBJETIVO 5.3 Impulso de la Calidad de la Asistencia Psiquiátrica.

ACTUACIÓN 1: El Hospital adapta sus dispositivos de atención Psiquiátrica a las Guías de funcionamiento de los Dispositivos de asistencia psiquiátrica de Sacyl.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica la adaptación de los dispositivos de Sacyl.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El hospital adapta su funcionamiento a las Guías de los dispositivos de asistencia psiquiátrica de Sacyl existentes (Hospital de Día, C.R.P.S. y Unidades de Rehabilitación). Se evaluará la correspondencia del funcionamiento del dispositivo con lo establecido en las Guías de Funcionamiento al menos en lo relativo a:

- Origen de las derivaciones
- Existencia de programas terapéuticos por escrito
- Libro de ingresos y altas de cada dispositivo
- Existencia de hoja de seguimiento de los programas de actividades que especifique al menos el número de pacientes que asisten, los días que se realiza cada actividad y parámetros de evaluación del programa
- Memoria de actividad de cada dispositivo
- Unidad de Rehabilitación: inclusión en la cartera de servicios del dispositivo del 70%, al menos, de los programas estipulados en la Guía de funcionamiento (Pág. 16)
- Hospital de Día: existencia de un dossier individual que contenga, al menos, el 90% de los documentos establecidos en la Guía (Pág. 18). Inclusión en la cartera de servicios del dispositivo de, al menos, el 70% de los programas estipulados en la Guía de funcionamiento (Pág. 20).
- Centro de Rehabilitación Psicosocial: inclusión en la cartera de servicios del dispositivo de, al menos, el 70% de los programas estipulados en la Guía del funcionamiento (Pág. 26)

ACTUACIÓN 2: El Hospital dispone de un manual que incluye: protocolo de ingreso involuntario, contención mecánica, información y consentimiento informado y protección de datos.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- manual.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará la existencia de documentación del diseño realizado de :

- Protocolo de ingreso involuntario
- Protocolo de contención mecánica
- Procedimiento de consentimiento informado

ACTUACIÓN 3: El Hospital implanta las guías y protocolos anteriores.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica el proceso de implantación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará la aplicación de los protocolos en lo referente a:

- Existencia en la historia clínica del paciente de un documento de ingreso voluntario
- Protocolo de ingreso involuntario implantado en el 100% de los casos
- Procedimiento de consentimiento informado en T.E.C. en el 100% de los casos, firmado por el médico y el paciente.

ACTUACIÓN 4: El Hospital evalúa los resultados de las guías y protocolos implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El hospital evalúa los resultados del Hospital de Día, el C.R.P.S. y la Unidad de Rehabilitación y obtiene oportunidades de mejora.

Se evaluará mediante informe del responsable del Servicio y del Gerente en el que se detalle:

- El análisis de la actividad asistencial y sus resultados
- Las oportunidades de mejora detectadas

ACTUACIÓN 5: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará mediante informe del responsable del Servicio y del Gerente en el que se especificarán para cada oportunidad de mejora detectada:

- Acciones emprendidas
- Responsables de la ejecución
- Cronograma de la actuación

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **24 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

OBJETIVO 5.4 Atención Psiquiátrica Infanto-Juvenil.

ACTUACIÓN 1: El Hospital dispone de un programa o recurso específico ambulatorio para la atención a los menores de 18 años.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- programa o recurso.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe del responsable del servicio y del Gerente en el que se describa:

- Misión y objetivos del dispositivo o programa
- Cartera de servicios
- Mecanismos de admisión y derivación
- Funciones y tareas de los profesionales

ACTUACIÓN 2: El Hospital tiene protocolizada la hospitalización e interconsultas de pacientes psiquiátricos menores de 18 años.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- norma protocolizada.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El protocolo debe estar por escrito e incluir al menos:

- Criterios y procedimiento de admisión
- Protocolo de interconsulta
- Funciones y tareas de los profesionales
- Indicadores de evaluación, al menos: nº de interconsultas realizadas y programas interdepartamentales

ACTUACIÓN 3: El Hospital aborda la atención psiquiátrica infanto-juvenil mediante grupos de trabajo (con reuniones, al menos, trimestrales) integrados por:

- Pediatría

- *Sistema de atención a menores*
- *Equipos psicopedagógicos*
- *Servicios sociales*
- *Unidad de referencia psiquiátrica.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Actas correspondientes.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará mediante informe del responsable del Servicio de los casos abordados y de los acuerdos adoptados en la relación con algunas de las siguientes instancias:

- Pediatría
- Sistema de Atención a menores
- Equipos psicopedagógicos
- Servicios Sociales
- Unidad de Psiquiatría de adultos

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **24 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 5. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

OBJETIVO 5.5 Programa de Hospitalización Parcial.

ACTUACIÓN 1: El Hospital implanta en la Unidad de Psiquiatría un Programa de Hospitalización parcial.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Documento con la definición del programa que incluya al menos la población destinataria y las actuaciones del mismo.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

1. **El Hospital diseña** un programa de Hospital de Día en el Servicio de Psiquiatría. Se evaluará mediante documento escrito que incluya al menos:
 - Definición y objetivos del programa
 - Población destinataria. Criterios de inclusión y exclusión
 - Mecanismos de acceso y derivación
 - Cartera de servicios
 - Funciones y tareas de los profesionales
2. **El Hospital implanta** un programa de hospitalización parcial. Se evaluará mediante:
 - Documentación de la difusión del programa o dispositivo entre los profesionales del Área
 - Cronograma de implantación
 - Libro de ingresos y altas
 - Memoria de actividad

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa el Programa de Hospitalización parcial y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará mediante la existencia de un informe razonado en el que se incluya:

- Metodología de análisis utilizada
- Análisis cuantitativo y cualitativo de actividad que incluya al menos la distribución de la demanda, el nº de casos atendidos, estancia media, altas y derivaciones
- Análisis de resultados: nº de ingresos y reingresos en hospitalización evitados, etc..
- Justificación de las conclusiones

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones previstas*
- plazos*
- responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se evaluará mediante informe del responsable del Servicio y del Gerente en el que se especifiquen:

- Acciones emprendidas
- Cronograma de actuación
- Responsables
- Estado de ejecución de las previsiones

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **24 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital define, implanta y mantiene actualizados los planes de trabajo para sus servicios médicos, de forma progresiva, hasta alcanzar al 100% del colectivo profesional.

Dichos planes:

- se plasmarán por escrito*
- incluirán todas las actividades, de todos los integrantes del servicio, a lo largo de toda la jornada laboral.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- planes de trabajo definidos.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se habrán definido planes de trabajo para al menos el 30% de los servicios médicos contemplados en el **anexo I**.

Cada plan de trabajo tendrá identificado el servicio al que corresponde, el número de médicos que integran el servicio y su responsabilidad dentro de él, y las actividades de cada integrante a lo largo de toda la jornada

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa la adecuación de los planes de trabajo a la actividad desarrollada por cada servicio, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe del análisis realizado de, al menos, el 50% de los planes médicos implantados

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- *acciones precisas*
- *plazos*
- *responsables*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora de cada uno de los planes analizados que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **41 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital elabora e implanta al menos cuatro manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería, hasta conseguirlo progresivamente en el 100% de dichas unidades.

Este manual está consensuado y es compatible y coherente con los planes de trabajo de los servicios médicos que prestan asistencia en la correspondiente unidad, e incluye el cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se dispondrá del manual de organización del funcionamiento de 4 unidades de enfermería, e incluirán el cronograma de adiestramiento e integración

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza y evalúa el grado de cumplimiento del manual de organización y funcionamiento de las unidades de enfermería y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe del análisis realizado sobre el grado de cumplimiento de, al menos, 4 manuales de organización del funcionamiento.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora de uno de los manuales de organización del funcionamiento que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **41 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital elabora e implanta progresivamente el manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- manual /es de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Manual de organización del funcionamiento de, al menos, 2 de las áreas de actividad de la Dirección de Gestión y Servicios Generales. Cada manual contemplará, al menos, la identificación del área, sus servicios / unidades, el número de personas que les integran y su responsabilidad dentro de ellos, las actividades de todos los integrantes a lo largo de toda la jornada laboral.

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza y evalúa el grado de cumplimiento del manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe del análisis realizado sobre el grado de cumplimiento en al menos 1 de los manuales de organización del funcionamiento de las áreas de actividad de la Dirección de Gestión y Servicios Generales.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora en 1 de los manuales que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **41 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 2. GESTIÓN DE CAMAS

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital adapta, actualiza y aplica un protocolo de evaluación de la adecuación de las estancias médicas y preoperatorias, y los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de sus camas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- protocolo
- criterios de actuación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán existir ambos requisitos:

- 1-Protocolo de evaluación de adecuación de las estancias. Al menos contemplará:
 - método de identificación de GRD con mayor estancia evitable en el año anterior y servicio responsable del alta
 - método de identificación de procesos quirúrgicos programados que generan estancia preoperatoria
 - método de identificación de procesos quirúrgicos con mayor estancia evitable en el año anterior por número de estancias
 - estándar seleccionado para la comparación de las estancias medias de los procesos identificados (hospitales del mismo grupo, globales Sacyl...)
 - procedimiento para realizar el análisis comparativo de estancias medias médicas y preoperatorias con los estándares, y para identificar oportunidades de mejora
- 2-Criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza el grado de cumplimiento del protocolo y los criterios y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- el proceso de aplicación
- el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán existir ambos requisitos:

- 1- Informe describiendo la aplicación del protocolo de adecuación de estancias médicas y preoperatorias definido en la actuación 1 y las conclusiones obtenidas
- 2- Informe analizando el proceso de aplicación de los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de camas y sus conclusiones

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora para cada uno de los siguientes aspectos:

- Estancias médicas
- Estancias quirúrgicas
- Criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación

Cada oportunidad de mejora tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **41 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 podrán obtener un 50% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1 en la actuación 2 solo han cumplido totalmente uno de los dos requisitos

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las 3 actuaciones podrán obtener un 30% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente las actuaciones 1 y 2 solo han definido oportunidades de mejora en uno de los 3 aspectos analizados. Recibirán un 65% del valor inicial del objetivo si lo han hecho en 2 de los aspectos.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

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

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- guías, vías o protocolos.

- informe en el que se especifica el proceso de implantación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán existir ambos requisitos:

1-Guía /vía /protocolo de al menos 1 proceso asistencial en el **75%** de cada una de las especialidades medicas y quirúrgicas del **anexo II** (grupo I: 5 especialidades, grupo II: 10 especialidades; grupo III y IV: 18 especialidades).

2-Informe especificando el proceso de implantación de al menos las guías /vías /protocolos a los que se refiere el punto 1, identificando para cada uno de ellos los responsables de la implementación, de su revisión y actualización.

ACTUACIÓN 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).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe especificando el análisis realizado sobre el grado de cumplimiento de las guías /vías /protocolos en al menos 1 proceso asistencial por especialidad (grupo I: 5 especialidades, grupo II: 10 especialidades, grupo III y IV: 18 especialidades)

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se identificará una oportunidad de mejora para al menos 5 procesos asistenciales en grupo I, 10 en grupo II y 18 en grupos III y IV que tendrán especificadas las acciones de mejora, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **61 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro.

Cumplimiento parcial (no aplicable para la actuación 1)

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 se minorará el 50% de la puntuación inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1 se analizan en grupo II entre 5 y 10 protocolos y en grupo III entre 9 y 18 protocolos

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las 3 actuaciones se minorará el 50% de la puntuación si cumpliendo íntegramente la actuación 1 se analizan e identifican oportunidades de mejora en grupo II entre 5 y 10 protocolos y en grupo III entre 9 y 18 protocolos.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital adapta progresivamente (en función de la finalización de su elaboración por el grupo de expertos) las guías elaboradas por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre:

- *Cáncer de pulmón.*
- *Cáncer de mama.*
- *Cáncer de piel.*
- *Cáncer digestivo (colorectal 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.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *guías adaptadas.*

ACTUACIÓN 2: El Hospital implanta progresivamente las guías adaptadas hasta alcanzar la totalidad.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica el proceso de implantación.

ACTUACIÓN 3: El Hospital evalúa la implantación de las guías adaptadas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACTUACIÓN 4: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en la implantación.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- *acciones precisas*
- *plazos*
- *responsables.*

Dado que el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma ha elaborado 5 de las guías y se va a iniciar su implantación de forma piloto en los Centros, no se considerará este objetivo en la valoración del cumplimiento del Plan Anual de Gestión 2004.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital define e implanta un modelo de cuidados orientado al paciente y al cuidador principal, que asegura una valoración y atención integrales.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- modelo de cuidados (homogéneo para el Servicio Regional de Salud).

ACTUACIÓN 2: El Hospital estandariza progresivamente los planes de cuidados. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan, al menos, los tres procesos más frecuentes, de acuerdo con un método centrado en las necesidades del paciente.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- planes de cuidados.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos 3 planes de cuidados elaborados o actualizados en el 2004 e implantados en cada unidad de enfermería

ACTUACIÓN 3: El Hospital normaliza e implanta los registros de enfermería, que son coherentes con el modelo de cuidados, con las necesidades específicas de los pacientes y con la normativa de historias clínicas del Centro.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- registros de enfermería.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El registro al menos contemplará la detección de las necesidades del paciente, valoración y plan de actuación.

Para aquellas unidades que estén utilizando el aplicativo informático GACELA no será necesario otro sistema de registro.

Relación de las unidades de hospitalización en las que están implantados los registros de enfermería, e indicando de ellos los soportados con el aplicativo informático GACELA.

ACTUACIÓN 4: El Hospital estandariza progresivamente los procedimientos de enfermería.

Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan:

- las técnicas generales más comunes
- las técnicas específicas que se aplican a los pacientes ingresados en su unidad (al menos tres técnicas por unidad)

Su elaboración contempla: objetivos, personal responsable de su realización, material necesario, precauciones, desarrollo y cuidados posteriores.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- procedimientos.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para cada unidad de enfermería:

- procedimientos de técnicas generales (se entenderá como procedimientos de técnicas generales los que afectan a todas las unidades de hospitalización)
- al menos 3 procedimientos de técnicas específicas

En cada uno de ellos se especificará el objetivo, personal responsable de su realización, material necesario, precauciones, desarrollo y cuidados posteriores.

ACTUACIÓN 5: El Hospital evalúa y analiza, al menos, un plan de cuidados por unidad de enfermería.

Dicha evaluación contempla:

- número de pacientes con plan de cuidados documentado.
- porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los planes de cuidados evaluados.

ACTUACIÓN 6: El Hospital evalúa y analiza, al menos, dos procedimientos por cada unidad de enfermería, seleccionados entre los más frecuentes o de mayor riesgo.

Dicha evaluación contempla:

- número de pacientes monitorizados
- porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los procedimientos evaluados.

ACTUACIÓN 7: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en relación con los planes de cuidados y los procedimientos evaluados.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas*
- plazos*
- responsables.*

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **38 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se han comprometido a realizar las 4 primeras actuaciones no se contempla la valoración de los cumplimientos parciales de ninguna de ellas

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 5, deberán cumplirse los requisitos mínimos establecidos en las Actuaciones 1 a 5 para obtener la puntuación total del objetivo. Si en el informe al que se refiere la Actuación 5 se analiza y obtiene conclusiones sobre, al menos, 1 plan de cuidados en el 75% de las unidades de enfermería se minorará en un 50% el valor del objetivo.

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 6, deberán cumplirse los mínimos establecidos en los criterios de valoración de las Actuaciones 1 a 6 para obtener la puntuación total del objetivo. Pueden permitirse cumplimientos parciales en el siguiente sentido:

Si el informe analiza y obtiene conclusiones sobre, al menos, un plan de cuidados en el 75% de las unidades de enfermería (Actuación 5) y se cumplen los mínimos establecidos para la Actuación 6, se minorará en un 50% el valor del objetivo.

Si se cumplen los mínimos establecidos para la Actuación 5 y el informe analiza y obtiene conclusiones sobre, al menos, dos procedimientos en el 75% de las unidades de enfermería, se minorará en un 50% el valor del objetivo.

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 7, deberán cumplirse los requisitos mínimos establecidos en los criterios de valoración de las Actuaciones 1 a 7 para obtener la puntuación total del objetivo. Se minorará en un 50% el valor del objetivo si el informe especifica sólo una oportunidad de mejora detectada (indicando plazos y responsables) en relación con uno de los aspectos reseñados anteriormente (planes de cuidados o procedimientos).

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital identifica al menos 6 procesos por cada servicio no asistencial, de los que persigue un diseño normalizado. Entre ellos deben encontrarse, como mínimo, cuatro de los siguientes procesos:

- *Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.*
- *Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.*
- *Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.*
- *Gestión eficiente de las propuestas de pago.*
- *Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.*
- *Gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.*
- *Gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.*
- *Diseño e implantación de un plan de seguimiento del equipamiento médico.*
- *Priorización y racionalización de las inversiones hospitalarias.*

Igualmente, normaliza e implanta los procesos no asistenciales identificados, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.

Para cada proceso definido se identifica el responsable de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *procesos identificados y normalizados.*
- *informe en el que se especifica el proceso de implantación.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán existir ambos requisitos:

1- Se identificarán y normalizarán al menos 1 proceso por cada una de las 6 áreas actividad de la Dirección de Gestión y SSGG (Gestión económica, presupuestaria y financiera; Gestión administrativa en general y de la política de personal; Suministros; Hostelería; Orden interno y seguridad y Obras y mantenimiento) de los que al menos 4 corresponden a los indicados en la actuación 1.

2- Informe especificando el proceso de implantación de al menos 1 proceso por cada una de las 6 áreas actividad de la Dirección de Gestión y SSGG en el que se identifica, para cada uno de ellos, el responsable de la implementación, de su revisión y actualización.

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa el grado de cumplimiento de los protocolos o criterios de los procesos no asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe especificando el grado de cumplimiento de los protocolos / criterios en al menos 1 proceso por cada una de las 6 áreas actividad de la Dirección de Gestión y SSGG y las conclusiones obtenidas.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora para cada proceso analizado de cada una de las 6 áreas actividad de la Dirección de Gestión y SSGG que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **38 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 4. FORMACIÓN

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital tiene definido / os:

- *un método para identificar y priorizar las necesidades formativas, así como para la planificación y programación de las actividades.*
- *los criterios y circuitos que regulan el acceso del trabajador a las actividades formativas.*
- *un modelo de evaluación y sistema de reconocimiento de las actividades formativas previsto en el Plan General de Formación.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Informe en el que conste método de identificación y modelo de priorización.*
- *Programa de formación aprobado por Com. Formación, Com. Dirección y Sº de Formación.*
- *Criterios de acceso a las actividades de formación.*
- *Asume el modelo de evaluación propuesto por el Sº de Formación.*
- *Modelo de reconocimiento de las actividades formativas.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán cumplirse los siguientes requisitos:

1. Nombramiento de los profesionales responsables de formación así como sus planes de trabajo específicos
2. Informe en el que especifique el método de identificación de necesidades formativas y como se ha aplicado en el Hospital/ Complejo asistencial
3. Informe en el que conste modelo de priorización de las necesidades detectadas y como se ha aplicado en el Hospital/ Complejo asistencial
4. Programa de formación aprobado por Comisión de Formación, Comisión de Dirección y Servicio de Formación (copia de actas) y haber enviado al Servicio de Formación las fichas de cada actividad formativa (anexo I de propuestas formativas del Plan de Formación 2004)) y la hoja Excel resumen del programa.
5. Circuitos que regulan la divulgación y criterios generales de acceso del profesional a las actividades de formación
6. Asume el modelo de evaluación de satisfacción propuesto por el servicio de Formación y lo aplica para cada actividad formativa.
7. Modelo de reconocimiento de las actividades formativas

ACTUACIÓN 2- El Hospital presenta y desarrolla el programa / plan de formación previamente definido y evaluado y evalúa sus actividades formativas a través de indicadores de cobertura, proceso, resultados y satisfacción.

- Aplica el sistema de reconocimiento de las actividades formativas definido.

- Igualmente impulsa la mejora de la calidad de las actividades formativas a través de la acreditación de las mismas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Informe/ valoración (memoria) de la ejecución del programa y evaluación a través de indicadores de cobertura, proceso resultados y satisfacción de las actividades de formación.

- Número de actividades formativas acreditadas / solicitando acreditación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deben cumplirse los requisitos siguientes:

1. Informe de la presentación formal del programa de formación anual para que llegue a toda la plantilla del Centro
2. Informe de aplicación del modelo de reconocimiento de las actividades formativas en los procesos de movilidad y promoción interna.
3. Número de actividades formativas acreditadas / solicitadas acreditación
4. Informe de valoración (memoria) de la ejecución del programa de formación previamente definido y aprobado de conformidad con los modelos del Servicio de Formación
5. Informe de valoración (memoria) de la evaluación de las actividades formativas a través de indicadores de cobertura, proceso, satisfacción de las actividades de formación
6. Informe de valoración (memoria) de la evaluación de las actividades formativas a través de indicadores de resultados de las actividades de formación

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **99 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

Cumplimiento parcial

En la actuación 1 cada requisito se valorará de la siguiente manera:

1. Nombramiento de profesionales y planes de trabajo específicos: máximo 3 puntos
2. Método de identificación de necesidades y aplicación: máximo 12 puntos
3. Modelo de priorización y aplicación: máximo 8 puntos
4. Programa de formación aprobado: máximo 10 puntos
5. Circuitos y criterios generales de acceso: máximo 4 puntos

6. Modelo de evaluación de satisfacción: máximo 2 puntos
7. Modelo de reconocimiento: máximo 2 puntos

En la actuación 2 cada requisito se valorará:

1. Presentación formal del programa: máximo 7 puntos
2. Aplicación en procesos de movilidad: máximo 5 puntos
3. Número de actividades formativas acreditadas. máximo 7 puntos
4. Memoria de ejecución del programa: máximo 20 puntos
5. Memoria de evaluación con indicadores de cobertura, proceso, satisfacción: máximo 12 puntos
6. Memoria de evaluación con indicadores de resultados: máximo 7 puntos

Nota: Anualmente se realiza evaluación de la gestión económica del programa de formación cuyo resultado también se tiene en cuenta para la nueva asignación presupuestaria de ese centro.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 5. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital, a través del Servicio de Prevención, planifica y lleva a cabo:

- *La evaluación inicial de riesgos de los diferentes puestos de trabajo y la planificación de la actividad preventiva.*
- *El registro e investigación de Accidentes de Trabajo (AT) y Enfermedad Profesional (EP) con sus respectivas estadísticas e índices de siniestralidad.*
- *Una evaluación de la salud de los trabajadores, en los términos que establece el Art. 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Informe sobre las evaluaciones iniciales de riesgos de los puestos de trabajo confirmando que se han llevado a cabo el 100% de las mismas; el registro de todos los accidentes, la investigación de los graves y muy graves y los exámenes de salud de los trabajadores (a 31 de diciembre).*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deben cumplirse los siguientes requisitos:

1. El informe sobre evaluaciones iniciales de riesgos de los puestos de trabajo deberá especificar si se han evaluado, o no, el 100% de los mismos
2. El registro de todos los accidentes de trabajo deberá contener:
 - los ocurridos con baja médica y,
 - los ocurridos sin baja médica
3. La Investigación de los accidentes graves y muy graves debe especificar si se ha realizado en la totalidad de dichos accidentes.
4. Los exámenes de salud de los trabajadores deberán contener:
 - Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud
 - Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud.
 - Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos. Especificando si se lleva a cabo un registro nominal de oferta de exámenes de salud periódicos y si dicha oferta alcanza o no al 100% de los trabajadores.

ACTUACIÓN 2: - Desarrolla y coordina los planes y programas de actuación preventiva correspondientes, los evalúa y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

- *Estudia y analiza las relaciones de determinados riesgos con los accidentes producidos, obtiene conclusiones y propone medidas de mejora de las condiciones de trabajo.*
- *Realiza actividades relacionadas con la promoción de la salud laboral colectiva, las evalúa, obtiene conclusiones y propone medidas de mejora.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Informe en el que se especifique el grado de cumplimiento de los planes de actuación preventiva, siendo necesaria la ejecución del 100% de las medidas programadas para el año en curso; los estudios sobre siniestrabilidad laboral realizados y la evaluación de las actividades de promoción de la salud laboral colectiva, así como las medidas de mejora propuestas, como consecuencia de las conclusiones.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deben cumplirse los siguientes requisitos:

1. Cumplimiento del 100% de las actuaciones preventivas, derivadas de las evaluaciones iniciales de riesgos, programadas para el año 2004
2. Especificar las medidas de mejora de las condiciones de trabajo propuestas derivadas de los estudios sobre siniestrabilidad laboral.
3. Informe que contenga la evaluación de las actividades relacionadas con la promoción de la salud colectiva, las conclusiones obtenidas y las medidas de mejora propuestas.
La vigilancia de la salud colectiva debe referirse a:
 - Valoración del estado de salud de los trabajadores
 - Alertar sobre posibles situaciones de riesgo
 - Evaluar la eficacia de las medidas preventivas

ACTUACIÓN 3: Lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas respecto a los planes y programas de actuación preventiva, las condiciones de trabajo y la promoción de la salud laboral colectiva.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Informe que especifique, en cada una de las actuaciones, las medidas llevadas a efecto respecto a las oportunidades de mejora detectadas.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará la iniciación y puesta en marcha de las acciones precisas para hacer efectivas la totalidad de las oportunidades de mejora detectadas.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **99 puntos**, para obtenerlos deberán de cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 podrán obtener un 50% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1, en la actuación 2 han realizado propuestas de medidas de mejora, al menos para los accidentes de trabajo graves y muy graves.

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las 3 actuaciones podrán obtener un 75% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente las actuaciones 1 y 2, en la actuación 3 han hecho efectivo, al menos, el 50% de las oportunidades de mejora detectadas.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital elabora una previsión anual de su evolución económico-financiera, con estimación de su Gasto Real a fin de ejercicio y distribución mensual de la evolución del mismo.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión de la previsión del Gasto Real y su distribución mensual antes del 15 de marzo con el desarrollo que aparezca en la ficha FGE.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Habrà de remitirse al Servicio de Administración Económica de la Dirección General de Administración e Infraestructuras antes del día 15 de junio una previsión anual de su evolución económico-financiera, con estimación del gasto real mensual y gasto real a fin de ejercicio

ACTUACIÓN 2: El Hospital mensualmente realiza previsiones de Gasto Real a cierre del ejercicio. Las diferencias entre las previsiones de Gasto Real al cierre del ejercicio en las fechas que a continuación se indican y el Gasto Real efectivamente realizado no serán superiores a los siguientes porcentajes de desviación:

- *Previsiones de G.R. a cierre en 31 de mayo*
 - En Capítulo I - 0,5%*
 - En Capítulo II - 1%*
- *Previsión de G.R. a cierre en 30 de octubre*
 - En Capítulo I - 0,5%*
 - En Capítulo II - 0,2%*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión de las fichas FGE antes de los diez primeros días del mes, para la oportuna comprobación de los datos mensuales con el cierre (31 de diciembre).

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

En las correspondientes fichas FGE que debieron remitirse antes de los diez primeros días de cada mes, consideraremos que las previsiones de cierre en 31 de mayo tienen carácter meramente indicativo, pero si será definitiva la previsión de cierre en 30 de octubre para una correcta gestión de los créditos al cierre del ejercicio

ACTUACIÓN 3: El Hospital evalúa la previsión mensualmente y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe trimestral en el que se especifican:

- las desviaciones y las medidas correctoras a aplicar.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El Centro analiza mensualmente la existencia y el porqué de las desviaciones en el gasto respecto a las previsiones, asumiendo el compromiso de aplicar medidas tendentes a solucionar las desviaciones (oportunidades de mejora). Con los datos recogidos, los Centros elaborarán un informe, debiendo remitir el mismo para su valoración antes del 20 del mes siguiente a que se haya producido la desviación, considerándose incumplida esta actuación de no recibirse el informe antes de la fecha indicada

ACTUACIÓN 4: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- las oportunidades de mejora

- para cada una de ellas:

- acciones precisas

- plazos

- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que deberán contemplar las medidas tomadas para hacer efectivas las oportunidades de mejora, indicando medidas concretas, el plazo en el que se obtendrán los resultados perseguidos, etc. El informe se remitirá el día 20 del mes posterior a la puesta en práctica de las acciones correctoras.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **20 puntos**

Si la documentación solicitada en la actuación 1 no se hubiera recibido la puntuación del objetivo sería de 0 puntos

Cumplimiento parcial

Para aquellos Centros cuya máxima actuación pactada es la 2 se valorará cada una de ellas con el 50% de la puntuación

Para aquellos Centros que han pactado las tres primeras actuaciones se valorarán las actuaciones 1 y 2 con el 40% cada una, y la actuación 3 con el 20%

Para aquellos Centros con 4 actuaciones se valorarán las actuaciones 1 y 2 con el 30%, y las actuaciones 3 y 4 con 20%.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital establece anualmente una planificación de las adquisiciones de suministros y de las contrataciones de obras y servicios con carácter previo al inicio del ejercicio (con indicación de artículos, servicios u obras que se prevean contratar, cantidades, precios indicativos, y /o presupuesto de ejecución, procedimientos de adjudicación, duración de los contratos y plazos de ejecución).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Envío antes del 15 de marzo del plan anual de contratación administrativa.

ACTUACIÓN 2: El Hospital realiza un seguimiento mensual de los contratos adjudicados y evalúa, al menos semestralmente, la planificación previa, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe mensual en el que se especifican:

- los contratos adjudicados.

Informe semestral en el que se especifican:

- la ejecución e incidencias del plan anual de contratación administrativa.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe semestral en el que se especifican:

- las oportunidades de mejora

- para cada una de ellas:

- acciones precisas

- plazos

- responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **20 puntos**

Cumplimiento parcial

Para aquellos Centros cuya máxima actuación pactada es la 2 se valorará la actuación 1 con el 40% del valor del objetivo y la actuación 2 con el 60%.

Para aquellos Centros que han pactado las tres actuaciones se valorarán las actuaciones 1 y 2 con el 30% cada una, y la actuación 3 con el 40%

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

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

ACTUACIÓN 1: - Capítulo II:

El Hospital tramita y adjudica el 25% de su presupuesto de forma anticipada (anteriormente al inicio del ejercicio presupuestario), el 70% antes del 30 de junio y el 95% antes del 31 de octubre.

- Capítulo VI:

El Hospital tramita y adjudica el 100% del presupuesto en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito (obligando el 100% antes de la finalización del ejercicio)

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe mensual en el que se especifican:

- los contratos adjudicados*
- los créditos presupuestarios del Capítulo II y VI en su fase AD.*

ACTUACIÓN 2: El Hospital contrae el 90% de las obligaciones del capítulo VI en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe trimestral en el que se especifican:

- los créditos presupuestarios del Capítulo VI en fase OK.*

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **20 puntos**

Cumplimiento parcial

Para aquellos Centros cuya máxima actuación pactada es la 1 se valorará con el 100% del valor del objetivo.

Para aquellos Centros que han pactado las dos actuaciones se valorarán la actuación 1 con el 60% y la actuación 2 con el 40%

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital tiene elaborado y aplica un protocolo de recepción de estos suministros.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- protocolos.

ACTUACIÓN 2: El Hospital efectúa un control de consumo real y analiza el rendimiento de productores y transformadores de energía.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- los valores de consumo real y rendimiento.

ACTUACIÓN 3: El Hospital evalúa e inventaría los elementos críticos de cortes de suministro. Igualmente establece las capacidades, limitaciones y procedimientos de emergencia de los proveedores de suministro.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- inventario de los elementos críticos.

ACTUACIÓN 4: El Hospital establece un Manual de emergencia para la gestión de los fallos de suministro. Recoge como mínimo:

- localización de elementos de corte y maniobra.

- procedimiento de emergencia para la incorporación de suministros suplementarios.

- normativa.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Manual de emergencia de suministro.

ACTUACIÓN 5: El Hospital crea y equipa un local de emergencia de fácil acceso, que contiene los equipos y elementos necesarios para llevar a cabo los procedimientos de emergencia.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- inventario de los equipos

- localización del local de emergencia.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **20 puntos**

Cumplimiento parcial

Cada actuación tiene un valor del 20% del total del objetivo

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

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

ACTUACIÓN 1: El Centro realiza un análisis del stock de productos almacenables en las unidades y servicios con descripción del número, tamaño y localización de puntos de almacenamiento periféricos.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Envío antes del 30 de Junio de 2004 del documento de análisis de la situación actual y listado de consumo de las distintas unidades.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Denominación de almacén periférico
- Ubicación y tamaño en metros cuadrados de los almacenes
- Acceso controlado (si/ no)
- Listado de consumo por unidades
- Coste stock
- Tiempo de reposición
- Tipo de pacto (stock o consumo)

ACTUACIÓN 2: El Centro tiene establecidos pactos de stock con las unidades y servicios en función del tiempo de respuesta del almacén general y del consumo, y define el sistema de control a utilizar.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Definición del sistema de control que se va a utilizar y envío de los pactos de stock antes del 30 de septiembre de 2004.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Sistema de código de barras
- Sistema de doble cajón
- Otros

ACTUACIÓN 3: El Centro realiza la implantación progresiva del sistema de control propuesto para reducción progresiva de stock y comprueba el resultado.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe anual sobre los resultados de la reducción progresiva del stock desde su implantación.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Estrategia de implantación:
 - Por Servicios
 - Por Plantas
 - Otros
- Cronograma

ACTUACIÓN 4: El Centro tiene constituida la comisión de compras para la autorización de inclusiones de nuevos artículos (comisión de homologación y catalogación de materiales), regulada conforme a circular 7/95 de 28 de diciembre. Se reúne al menos trimestralmente.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión de un informe anual que recoja el número de reuniones, objetivos y memoria anual de la comisión.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **20 puntos**

Cumplimiento parcial

La actuación 1 se valorará con 5 puntos (25% del total del objetivo)

La actuación 2 se valorará con 6 puntos (30% del total del objetivo)

La actuación 3 se valorará con 5 puntos (25% del total del objetivo)

La actuación 4 se valorará con 4 puntos (20% del total del objetivo)

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital tiene establecido un protocolo de gestión, facturación y cobro de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- protocolo (presentado en el primer cuatrimestre).

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Esta Actuación se está desarrollando por los Servicios Centrales, por este motivo no es puntuable.

ACTUACIÓN 2: El Hospital pone en marcha y difunde el protocolo de gestión, facturación y cobro de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

*Informe en el que se especifican:
- el proceso de aplicación y difusión.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Esta Actuación depende de la anterior que se está desarrollando por los Servicios Centrales, por este motivo no es puntuable en este ejercicio.

ACTUACIÓN 3: El Hospital evalúa mensualmente la evolución de la gestión de estas prestaciones, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión en los primeros 10 días del mes, de las fichas de ingresos (facturación y cobro) correspondientes al mes anterior e informe de gestión.

ACTUACIÓN 4: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas, para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se remitirá antes del 20 de enero del ejercicio posterior al evaluado un informe con las acciones precisas, plazos... que hagan efectivas las oportunidades de mejora observadas en el nivel 3

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **20 puntos**

Al haberse asumido desde los Servicios Centrales la actuación 1, y depender la actuación 2 del desarrollo de la anterior, éstas dos actuaciones no se considerarán en el cálculo de la puntuación alcanzada en el objetivo. Por este motivo, para los Centros que sólo se han comprometido con el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2, será imprescindible haber realizado la actuación 3 para obtener la puntuación del objetivo.

Cumplimiento parcial

Para aquellos Centros cuya máxima actuación pactada sea la 3, si ésta se cumple recibirán el 100% de la puntuación del objetivo.

Para aquellos Centros cuya máxima actuación pactada sea la 4, se valorarán cada una de las actuaciones 3 y 4 con el 50% del valor global del objetivo

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

PROCESO 1. UNIDAD DE CALIDAD

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

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- informe en el que concreta la designación de los miembros.
- manual de funcionamiento y
- metodología de trabajo.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán contemplarse los siguientes requisitos

1. Informe designando al Coordinador de Calidad, a un responsable de calidad en el área de enfermería y a otro en el área de gestión
2. Manual de funcionamiento, metodología de trabajo y documento donde conste su aprobación por la Comisión de Dirección.

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- objetivos.
 - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación).

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Los objetivos y la metodología de evaluación deben estar referidos al año 2004. El documento tendrá como mínimo las firmas del Gerente y del Coordinador de Calidad.

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- memoria.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

La memoria estará realizada antes del 28 de febrero de 2005, y se acompañará de un plan de divulgación en el que conste, por lo menos, a quién va dirigido y el cronograma de actuaciones.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **91 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas.

Cumplimiento parcial

Todos los hospitales han de conseguir los mínimos establecidos en los criterios de valoración de las Actuaciones 1 y 2. Si se dispone de memoria anual de Actividades de la Unidad de Calidad en tiempo y forma, pero no se acompaña del oportuno plan de divulgación se minorará en un 50% la puntuación obtenida.

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.

ACTUACIÓN 1: El Hospital dispone de profesionales especialistas en bioética clínica o, en su defecto, se encuentra en proceso de formación de los mismos.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- funciones (con las firmas de aprobación).

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Relación de los profesionales con formación específica en Bioética (especialista, master o diplomado) o en proceso de formación (existirá al menos un profesional con formación). Indicando el puesto de trabajo que ocupan, la formación recibida o en curso y la experiencia en materia de bioética que poseen.

ACTUACIÓN 2: El Hospital dispone de un Comité de Ética Asistencial no acreditado que ha elaborado su reglamento de régimen interno.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Acta de constitución del Comité de Ética Asistencial.
- Reglamento de régimen interno.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se aceptarán las Comisiones de Ética entendidas como promotoras de los Comités de Ética Asistencial previamente a su acreditación.
En el Reglamento de régimen interno deben figurar al menos: ámbito de actuación, funciones, composición y normas de funcionamiento.

ACTUACIÓN 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 ámbito de actuación definido por el procedimiento que se estime oportuno y la envía a la Dirección del Centro y a la Consejería de Sanidad.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- memoria.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

La memoria anual de actividades del Comité de Ética Asistencial del ámbito de actuación definido debe de estar disponible antes de 28 de febrero de 2005.

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Registro de Comités de Ética Asistencial de Área (u otro ámbito de actuación) acreditado.
- informe en el que se especifican los objetivos, la metodología de evaluación y el calendario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deben cumplirse los 2 requisitos siguientes:

- 1- Resolución del Consejero de Sanidad por la que se acredita el Comité de Ética del ámbito de actuación definido.
- 2- El informe se refiere a los objetivos establecidos por el Comité de Ética Asistencial para el año 2004.

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- composición
- sistemática de actuación en los dos niveles asistenciales.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El Informe ha de contener los siguientes apartados:

- 1- Acuerdo de creación / modificación del Comité de Ética Asistencial con ámbito de actuación en el Área de Salud o certificación referida al momento en que comenzó a actuar como tal.
- 2- Composición (ha de incluir miembros tanto de Atención Primaria como de Especializada).
- 3- Sistemática de actuación en los dos niveles asistenciales.

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Registro de Comités de Ética Asistencial de Área acreditados.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Resolución del Consejero de Sanidad por la que se acredita el Comité de Ética Asistencial con ámbito de actuación en el Área de Salud.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **78 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

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.

ACTUACIÓN 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.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y /o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y /o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria contiene, al menos, la fuente de información, el circuito de transmisión y el responsable operativo de su recepción, la actuación consecuente y la aplicación del sistema de alerta.

ACTUACIÓN 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)

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN

Se exigirán al menos 2 informes referidos al año 2004 que contengan:

- número de alertas producidas.
- incidencias relacionadas con alertas no recibidas y detectadas a posteriori por otra vía.
- resumen epidemiológico de las infecciones detectadas.

Igualmente han de contener las conclusiones obtenidas sobre la aplicación del sistema y sus resultados.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se ha de describir, al menos, una oportunidad de mejora indicando las acciones precisas, los plazos y los responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **23 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

Cumplimiento parcial

Si en la Actuación 2, existe sólo un informe anual que contenga todos los requisitos establecidos, se minorará en un 50% la puntuación del objetivo

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.

ACTUACIÓN 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.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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 catéter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y catéter 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).*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Han de especificarse, al menos, 3 de los 4 indicadores descritos en el criterio para los hospitales de los grupos II, III y IV y, al menos, 2 para los hospitales del grupo I.

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El análisis y la obtención de conclusiones han de realizarse, al menos, de los resultados de los 3 indicadores (2 indicadores para los hospitales del grupo I) seleccionados.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas*
- plazos*
- responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se ha de describir, al menos, una oportunidad de mejora indicando las acciones precisas, los plazos y los responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **34 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

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

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

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

ACTUACIÓN 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 catéter vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.
- Aislamiento de pacientes.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- normas y protocolos.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Han de normalizarse y difundirse al menos 9 de los protocolos reseñados en la actuación.

ACTUACIÓN 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).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

El análisis y la obtención de conclusiones han de realizarse sobre, al menos, 6 de las normas y /o protocolos implantados.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se ha de describir, al menos, una oportunidad de mejora por cada uno de los 6 protocolos analizados indicando las acciones precisas, los plazos y los responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **34 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital desarrolla y aplica las herramientas adecuadas para la selección, información y utilización de medicamentos con criterios de calidad y difunde, entre el personal sanitario, el contenido y los resultados de la aplicación de estas herramientas.

1. Selección de medicamentos
2. Guía Farmacoterapéutica
3. Programa de Intercambio Terapéutico.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión anual a la DTF de

- Informe que describa las herramientas aplicadas, según criterios establecidos por la DTF.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación:

1. La Dirección Técnica de Farmacia establecerá los criterios necesarios que deben incluirse en cada una de las herramientas
2. Se debe acreditar documentalmente la existencia durante el año 2004 de las tres herramientas:
 - Selección de medicamentos: informes para la solicitud de inclusión de nuevos principios activos en la GFT del hospital
 - Guía Farmacoterapéutica: documento consensado por la CFyT que contiene información técnica de los productos que la constituyen,
 - Programa de intercambio terapéutico: Protocolo de Equivalentes Terapéuticos y Manual de Procedimientos del Servicio de Farmacia para su aplicación
3. Debe remitirse toda la documentación descrita para cada una de ellas a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004
4. No se considerará alcanzado si falta algún documento que acredite su existencia o no está actualizado en el 2004 o no se ha remitido la información solicitada a la DTF

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa los resultados de la aplicación de las herramientas para la selección y utilización de medicamentos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión anual a la DTF de:

- Informe que describa el análisis realizado, la metodología, los resultados y las conclusiones, para cada uno de los procesos descritos en este objetivo.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación:

- ✓ Se debe acreditar documentalmente la realización del análisis durante el año 2004, para cada una de las tres herramientas:
 1. Selección de medicamentos: adecuación de las condiciones de uso aprobadas para los nuevos los nuevos principios activos incluidos en la GFT que suponen un elevado impacto económico en el hospital.
 2. Guía Farmacoterapéutica: utilidad de la información contenida en la GFT y de la eficacia del procedimiento de difusión empleado, a través de una encuesta realizada al personal facultativo y enfermería.
 3. Programa de Intercambio Terapéutico: aplicación y la aceptación por los médicos prescriptores del Programa de Intercambio Terapéutico y de la eficacia del procedimiento de difusión empleado.
- ✓ El análisis que se realice para cada herramienta debe incluir :
 - Objetivos
 - Metodología: diseño, periodo de estudio, selección de la muestra, variables
 - Resultados
 - Conclusiones
- ✓ Los análisis realizados se remitirán a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004.
- ✓ No se considerará alcanzado si falta algún estudio o algún apartado o si el estudio no se ha realizado en el año 2004 o si no se ha remitido la documentación solicitada a la Dirección Técnica de Farmacia.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en cada una de las herramientas utilizadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión anual a la DTF de Informe con las oportunidades de mejora detectadas que se implanten, especificando para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables

para cada uno de los procesos descritos en este objetivo.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación:

- ✓ Se debe acreditar documentalmente la realización de los informes durante el año 2004, de las tres herramientas
 - Selección de medicamentos
 - Guía Farmacoterapéutica
 - Programa de Intercambio Terapéutico
- ✓ Deben figurar todos los apartados que se incluyen en el mismo.
- ✓ Los análisis realizados se remitirán a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004.

No se considerará alcanzado si falta algún informe o algún apartado o si el informe no se ha realizado en el año 2004 o si no se ha remitido la documentación solicitada a la Dirección Técnica de Farmacia.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **91 puntos**, para obtenerlos deberán realizarse al completo las actuaciones pactadas por cada Centro.

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 podrán obtener un 75% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1 en la actuación 2 han realizado el análisis de dos de las tres las herramientas.

Para los Centros que se han comprometido en el cumplimiento de las 3 actuaciones, podrán obtener un 35% del valor inicial si cumpliendo íntegramente las actuaciones 1 y 2 sólo han definido oportunidades de mejora para una de las herramientas descritas. Recibirán un 65 % del valor inicial del objetivo si lo han hecho en 2 de las tres herramientas.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 2. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

OBJETIVO 2.1 El hospital implanta el proceso de Atención Farmacéutica.

ACTUACIÓN 1: El Hospital, a través del servicio de farmacia, implanta en programa de Atención Farmacéutica en el Área de Pacientes Externos, en al menos, los pacientes VIH +.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa por la Inspección de Farmacia.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación, la auditoria realizada debe comprobar, mediante observación directa y verificación de registros y documentación, que:

- ✓ Existe un proyecto de Atención Farmacéutica a pacientes VIH + en el que se definen los objetivos, metodología, indicadores y plazos de ejecución en el 2004.
- ✓ Este proyecto se ha remitido a la Dirección Técnica de Farmacia.

Este proyecto se ha implantado en el hospital según el diseño previsto. La auditoria comprobará si se han cumplido los objetivos propuestos, verificará que se ha implantado la metodología propuesta en los plazos de ejecución fijados y recogerá los indicadores de actividad registrados.

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa los resultados de la implantación del proceso de Atención Farmacéutica y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión anual a la DTF de Informe que describa la evaluación de la implantación del proceso de Atención Farmacéutica y sus conclusiones.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación:

- ✓ Se debe acreditar documentalmente la evaluación realizada durante el año 2004 que describa los objetivos, metodología, resultados y conclusiones
- ✓ El informe realizado se remitirá a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004.
- ✓ No se considerará alcanzado si falta algún apartado o si el estudio no se ha realizado en el año 2004 o si no se ha remitido la documentación solicitada a la Dirección Técnica de Farmacia.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión anual a la DTF de informe con las oportunidades de mejora que se implanten, especificando para cada una de ellas:

- *acciones precisas*
- *plazos*
- *responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzado esta actuación:

- ✓ Se debe acreditar documentalmente la realización del informe durante el año 2004, que contiene todos los apartados que se incluyen en el mismo.
- ✓ El informe realizado se remitirá a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004.
- ✓ No se considerará alcanzado si falta algún apartado o si el estudio no se ha realizado en el año 2004 o si no se ha remitido la documentación solicitada a la Dirección Técnica de Farmacia.

VALORACIÓN :

El valor del objetivo es de **78 puntos**, para obtenerlos deberán cumplirse al completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro.

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se ha comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 podrán obtener un 50% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1 no han realizado la actuación 2.

Para los Centros que se ha comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1, 2 y 3 podrán obtener un 75% del valor inicial del objetivo si cumplen íntegramente la actuación 1 y 2 , pero no han realizado la actuación 3.

LÍNEA ESTRATÉGICA V. FARMACIA

PROCESO 3. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

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

ACTUACIÓN 1: 1.El Hospital, a través del Servicio de Farmacia, proporciona información sobre:

- adquisiciones de medicamentos
- consumo de medicamentos en pacientes hospitalizados, ambulantes y externos.

2. Igualmente, a través de la Dirección Médica, fomenta la prescripción en receta del SNS y realiza un seguimiento de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de la prescripción de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG): **...%** de envases EFG respecto al total de especialidades farmacéuticas prescritas.
- Porcentaje de prescripción de Especialidades incluidas en el Sistema de Precios de Referencia: **...%** de envases de especialidades incluidas en Precios de Referencia respecto al total de envases de especialidades farmacéuticas prescritas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión mensual de:

1. Informe al Servicio de Farmacia, a la Inspección de Farmacia y a la DTF según formato e instrucciones de la DTF.
2. Indicadores:
 - Sistema de información Concyliá.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación se deben cumplir los dos puntos anteriores:

- ✓ Para considerar alcanzado el punto 1, la DTF deberá recibir la información en modo y tiempo adecuados.
- ✓ Para considerar alcanzado el punto 2, el hospital debe alcanzar el valor del porcentaje de prescripción de envases pactado para cada uno de los indicadores, acumulado a diciembre de 2004.

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza semestralmente los resultados de los datos de gasto intrahospitalario y de prescripción extrahospitalaria y obtiene resultados (oportunidades de mejora).

1. Análisis del Seguimiento de las adquisiciones y consumo intrahospitalario.
2. Análisis de la prescripción en receta del SNS:
 - resultados obtenidos
 - actuaciones realizadas para fomentar la prescripción de las especialidades descritas en los indicadores establecidos en la actuación 1.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión semestral a la DTF:

1. Informe semestral que describa el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en, al menos:
 - adquisiciones: por tipo de procedimiento de adquisición, indicadores económicos

- consumo: por tipo de paciente, por asignación directa del gasto por paciente
- variación interanual de las adquisiciones y consumos descritas anteriormente.
- 2. Informe semestral que describa e análisis realizado y las conclusiones obtenidas en las actuaciones realizadas para fomentar el cumplimiento de los % de prescripción establecidos en la actuación 1.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación :

- ✓ Se debe acreditar documentalmente el análisis realizado durante el año 2004 para cada uno de los puntos
 - Análisis del seguimiento de las adquisiciones y consumo intrahospitalario
 - Análisis de la prescripción en receta del SNS
- ✓ Los informes deben contener todos los apartados que se requieren y elaborarse con la periodicidad establecida.
- ✓ Los informes realizados se remitirán a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004.
- ✓ No se considerará alcanzado si falta algún informe o si no se ha realizado en el año 2004 o si no se ha remitido la documentación solicitada a la Dirección Técnica de Farmacia.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en:

1. Seguimiento de las adquisiciones y consumo intrahospitalario
2. Prescripción en receta del SNS.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Remisión anual a la DTF de informe con las oportunidades de mejora que se implanten y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Para considerar alcanzada esta actuación:

- ✓ Se debe acreditar documentalmente la realización de los informes durante el año 2004, para cada uno de los puntos
 - Análisis del seguimiento de las adquisiciones y consumo intrahospitalario
 - Análisis de la prescripción en receta del SNS
- ✓ Los informes deben contener todos los apartados que se incluyen en el mismo.
- ✓ Los informes realizados se remitirán a la Dirección Técnica de Farmacia en diciembre de 2004.
- ✓ No se considerará alcanzado si falta algún informe o si no se ha realizado en el año 2004 o si no se ha remitido la documentación solicitada a la Dirección Técnica de Farmacia.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **91 puntos**, para obtenerlos deberán cumplírsela completo todas las actuaciones pactadas por cada Centro.

Cumplimiento parcial

Para los Centros que se ha comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1 y 2 podrán obtener un 75% del valor inicial del objetivo si cumpliendo íntegramente la actuación 1 en la actuación 2 han realizado, al menos, un informe de cada punto contemplado en la actuación 2.

Para los Centros que se ha comprometido en el cumplimiento de las actuaciones 1, 2 y 3 podrán obtener un 50% del valor inicial del objetivo si cumplen íntegramente la actuación 1, cumplen parcialmente la actuación 2 realizando, al menos, un informe de cada punto contemplado y en la actuación 3 únicamente han definido oportunidades de mejora para uno de los dos puntos. Podrán obtener un 75% del valor inicial del objetivo si cumplen íntegramente las actuaciones 1 y 2 y únicamente han definido oportunidades de mejora para uno de los puntos de la actuación 3.

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital cumple los siguientes criterios en cuanto al CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día:

- *Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información.*
- *Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos del CMBD a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.*
- *La base de datos comprende la totalidad de los registros, codificados o no, correspondientes a los usuarios atendidos en cada escenario de aplicación del CMBD.*
- *La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados de acuerdo a la normativa vigente.*
- *El Hospital aplica, para las variables clínicas, las normas publicadas a través de la Unidad Técnica de la CIE9MC y aprobadas por el Comité Técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*
- *El Hospital cumple o supera los porcentajes de codificación de la información clínica, establecido por la normativa vigente.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán cumplirse todos los apartados de este nivel.

Se entiende la totalidad de los registros de las bases de datos en función de los registrados para los mismos escenarios en el SIAE (Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y Hospital de Día).

En cuanto al porcentaje de codificación se establecen como mínimos para su valoración: el 98% tanto para Hospitalización como para Cirugía Ambulatoria y el 80% para Hospital de Día. La puntuación se distribuirá proporcionalmente entre las tres áreas.

ACTUACIÓN 2: El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente cualquier aumento porcentual en la cumplimentación del Código de Identificación del Paciente, siempre que se supere un mínimo del 60%.

ACTUACIÓN 3: El Hospital establece un CMBD de urgencias hospitalarias:

- *Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de urgencias.*
- *Establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de urgencias.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Identificación del responsable*
- *Documentos:*
 - *metodología y circuitos.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

ACTUACIÓN 4: El Hospital establece un CMBD de consultas externas:

- *Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de consultas externas.*
- *Establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de consultas externas.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *Identificación del responsable.*
- *Documentos:*
 - *metodología y circuitos.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

ACTUACIÓN 5: El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas*
- plazos*
- responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **70 puntos**

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 2. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE SIAE

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital cumple los siguientes requisitos respecto al SIAE:

- *Dispone de un responsable directamente implicado en la recuperación de información y en la cumplimentación del SIAE.*
- *Cumple los plazos requeridos en el envío del fichero del SIAE a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.*
- *El fichero del SIAE cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.*
- *El fichero presenta, para los datos exigidos según la normativa vigente, una completa cumplimentación.*
- *El Hospital comprueba la concordancia de la información contenida en el SIAE con la reflejada en los ficheros del CMBD y de la lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán cumplirse todos los apartados de este nivel.

ACTUACIÓN 2: El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- *acciones precisas*
- *plazos*
- *responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **70 puntos**

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital cumple los siguientes requisitos en cuanto al fichero de LEQ:

- *Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la Lista de Espera Quirúrgica.*
- *Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la Lista de Espera Quirúrgica a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.*
- *La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.*
- *La base de datos comprende la totalidad de los registros, codificados o no, correspondiente a los usuarios incluidos tanto en el fichero de activos como en el de salidas, ajustados a las definiciones de la normativa vigente.*
- *Aplica, para las variables clínicas, las normas publicadas a través de la Unidad Técnica de la CIE9MC y aprobadas por el Comité Técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*
- *La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán cumplirse todos los apartados de este nivel.

Para los campos establecidos como obligatorios se establece específicamente un porcentaje necesario de codificación del 98% en el campo de diagnósticos para el fichero de entradas y del 98% tanto en diagnósticos como en procedimientos para el fichero de salidas.

ACTUACIÓN 2: El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmente, la información generada.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *modelo y contenido del informe.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

ACTUACIÓN 3 El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente a todos los registros donde su utilización sea aplicable.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:
Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente cualquier aumento porcentual en la cumplimentación del Código de Identificación del Paciente, siempre que se supere un mínimo del 60%.

ACTUACIÓN 4: El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:
Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **60 puntos**

LÍNEA ESTRATÉGICA VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROCESO 4. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE LECYT

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital cumple los siguientes requisitos respecto del archivo de LECYT:

- *Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.*
- *Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.*
- *La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.*
- *La base de datos comprende la totalidad de los registros, correspondientes a los usuarios atendidos, incluidos tanto en el fichero de activos como en el de salidas, ajustados a las definiciones de la normativa vigente.*
- *Comprueba la concordancia de la información contenida en el fichero de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias, con la reflejada en el fichero del SIAE.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Deberán cumplirse todos los apartados de este nivel.

No será valorado positivamente de no existir concordancia entre los ficheros y la información recogida en el SIAE.

ACTUACIÓN 2: El Hospital pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmente, la información generada.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- *modelo y contenido del informe.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

ACTUACIÓN 3: El Hospital integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:
Evaluación por la Dirección General de Desarrollo Sanitario.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente cualquier aumento porcentual en la cumplimentación del Código de Identificación del Paciente, siempre que se supere un mínimo del 60%.

ACTUACIÓN 4: El Hospital establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:
Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas
- plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se valorará positivamente el informe remitido al Servicio de Sistemas de Información de la D.G. de Desarrollo Sanitario.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **60 puntos**

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

PROCESO 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital analiza su situación respecto a las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y técnicas diagnósticas, establece objetivos de demora con los Servicios y pone en marcha las medidas oportunas dirigidas a conseguir una utilización óptima de los recursos en jornada ordinaria.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa. Equipo Territorial de Inspección.

Se analizarán los pactos de objetivos con cada servicio en los que necesariamente deberán incluirse objetivos de demora, de rendimiento y de actividad, así como las condiciones para la puesta en marcha de medidas extraordinarias (autoconcertación).

En junio de 2004 se evaluará la actividad quirúrgica, en septiembre la de consultas externas y en diciembre la de técnicas diagnósticas.

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa mensualmente tanto el grado de cumplimiento de las medidas establecidas, como los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa. Equipo Territorial de Inspección.

Se revisarán con el equipo directivo los cuadros de mando para el seguimiento de las demoras, de los rendimientos y de la actividad mensual, a los que deberá acompañarse un informe con los resultados obtenidos del análisis y las propuestas (oportunidades de mejora) para tender al objetivo marcado.

En junio de 2004 se evaluará la actividad quirúrgica, en septiembre la de consultas externas y en diciembre la de técnicas diagnósticas.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa. Equipo Territorial de Inspección.

Se analizará, posiblemente finalizado el año, el informe realizado en el que consten las oportunidades de mejora detectadas, el responsable de su puesta en marcha, el cronograma (plazos) y los resultados obtenidos.

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

PROCESO 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

OBJETIVO 1.2 El Hospital aplica programas extraordinarios de autoconcertación.

ACTUACIÓN 1: El Hospital, una vez garantizado el rendimiento pactado en jornada ordinaria, aplica programas extraordinarios de autoconcertación para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y /o técnicas diagnósticas, en caso de ser necesarios para alcanzar sus objetivos de demora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa (verificación de la pertinencia de la autoconcertación en función de la consecución del rendimiento pactado en jornada ordinaria).

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa (verificación de la pertinencia de la autoconcertación en función de la consecución del rendimiento pactado en jornada ordinaria).

Equipo Territorial de Inspección.

Se analizará con el equipo directivo si se han cumplido las condiciones objetivas para la autoconcertación, en virtud del compromiso de objetivos firmado por el servicio y en relación con la optimización de los rendimientos en el mes inmediatamente anterior a la visita

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa mensualmente tanto el grado de cumplimiento de los programas de autoconcertación como los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa (valoración del impacto de los programas sobre el número de pacientes en espera). Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa (valoración del impacto de los programas sobre el número de pacientes en espera).

Equipo Territorial de Inspección.

Se revisará el impacto a través del análisis de la variación de las demoras medias entre el último día. de los dos meses inmediatamente anteriores a la visita, en relación con la espera media de los pacientes que salieron de lista de espera por autoconcertación (por haberse realizado la intervención, la consulta o la exploración) en el mes inmediatamente anterior

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa Equipo Territorial de Inspección.

Se analizará (posiblemente una vez finalizado el año), el informe en el que se haga valoración de las jornadas de autoconcertación realizadas y la justificación en base al rendimiento óptimo en jornada ordinaria. Dicho informe deberá recoger el resultado de la actividad de autoconcertación, los responsables (personal implicado en ella), el número de sesiones por servicio, los procedimientos realizados y el coste generado en el año.

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

PROCESO 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital utiliza los recursos sanitarios ajenos al sistema mediante concertación para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y /o técnicas diagnósticas, en caso de ser necesarios para alcanzar sus objetivos de demora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

*Auditoria externa (valoración del impacto sobre el número de pacientes en espera).
Será realizada por el Equipo Territorial de Inspección con una periodicidad trimestral (o menor si procede).*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa (valoración del impacto sobre el número de pacientes en espera).
Equipo Territorial de Inspección.

Se revisará el impacto a través del análisis de la variación de las demoras medias entre el último día de los dos meses inmediatamente anteriores a la visita, en relación con la espera media de los pacientes que salieron de lista de espera por haber sido atendidos en centros concertados (por haberse realizado la intervención, la consulta o la exploración) en el mes inmediatamente anterior.

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa bimestralmente tanto el grado de cumplimiento de los programas de concertación externa como los resultados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa. Equipo Territorial de Inspección.

Se revisarán los informes bimestrales que hayan sido realizados por el equipo directivo respecto de la derivación a centros concertados en el que se incluirán las oportunidades de mejora detectadas

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa. Equipo Territorial de Inspección.

Se analizará (posiblemente una vez finalizado el año), el informe en el que se haga valoración del resultado de la concertación externa que incluirá los procedimientos derivados, el coste generado en el año por esta derivación y las acciones previstas para mejorar mediante esta actuación

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

PROCESO1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital elabora guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes (según criterios clínicos y /o sociales) en espera de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y /o pruebas diagnósticas, para los procesos de mayor prevalencia y /o gravedad. Dicha elaboración será progresiva comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio.

Igualmente, establece el proceso para su implantación y los compromisos de tiempo de espera máxima para dichos procesos

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Guías o protocolos clínicos elaborados (incluyendo el proceso de implantación y el tiempo de espera máxima a garantizar).

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos una guía / protocolo de priorización de pacientes por especialidad quirúrgica de las indicadas en el **anexo II**. Cada guía / protocolo deberá incluir el diseño del proceso de implantación y el tiempo de espera máximo a garantizar.

ACTUACIÓN 2: El Hospital implanta las guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes elaborados en el ejercicio.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican:

- las guías o protocolos implantados y el proceso de implantación seguido.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifica como se ha desarrollado la implantación de al menos 1 guía / protocolo durante el año 2004.

ACTUACIÓN 3: El Hospital evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de priorización implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que para cada guía o protocolo clínico evaluado se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se analiza, al menos, el grado de aplicación de una guía / protocolo y las conclusiones obtenidas.

ACTUACIÓN 4: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- las acciones precisas
- los plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora para la guía / protocolo analizado que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **44 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

Cumplimiento parcial

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 1 si existe al menos una guía / protocolo de priorización de pacientes en el 75% de los Servicios quirúrgicos, se minorará en un 50% la puntuación del objetivo.

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 2 se deberán cumplir los requisitos marcados en esta actuación 2 y si en la Actuación 1, existe al menos una guía / protocolo de priorización de pacientes en el 75% de los Servicios quirúrgicos, se minorará en un 50% la puntuación del objetivo.

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital elabora e implanta guías o protocolos clínicos de indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera, para los procesos de mayor prevalencia y /o gravedad.

Dicho proceso será progresivo, comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- Guías o protocolos clínicos.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Se requieren los 2 requisitos siguientes:

1- Al menos una guía / protocolo de indicación quirúrgica por especialidad quirúrgica de las indicadas en el **anexo II**.

2- Informe en el que se especifica como se ha desarrollado el proceso de implantación de, al menos, 1 guía / protocolo de indicación por cada especialidad quirúrgica

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que para cada guía o protocolo clínico evaluado se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se analiza el grado de aplicación de al menos 1 guía / protocolo y se especifican las conclusiones obtenidas.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- las acciones precisas
- los plazos
- responsables.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora para la guía / protocolo analizado que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **51 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

Cumplimiento parcial

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 1 si se cumplen los requisitos 1 y 2 en el 75% de los Servicios quirúrgicos, se minorará en un 50% la puntuación del objetivo

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es la 2 se deberán cumplir los requisitos marcados en esta actuación 2 y si en la Actuación 1 se cumplen los requisitos 1 y 2 en el 75% de los Servicios quirúrgicos, se minorará en un 50% la puntuación del objetivo

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

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

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

ACTUACIÓN 1: El Hospital gestiona las entradas y salidas de pacientes del registro de listas de espera, ajustándose a los criterios de gestión integral normalizados y consigue los siguientes estándares:

- *porcentaje de salidas sin intervención inferior a un ...% (al no haber entrado en vigor el Decreto de Garantías de Demora Máxima en Atención Especializada en el Sistema de Salud de Castilla y León, para el cálculo de este indicador no se incluyen los motivos de salida 17, 18, 19)*
- *porcentaje de consultas de especialidades no realizadas por no acudir el paciente inferior a un ...%.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACTUACIÓN 2: El Hospital evalúa mensualmente la gestión de las entradas y salidas del registro de listas de espera y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

*Informe final a diciembre de 2004 en el que se pueda constatar:
el análisis mensual de tendencias de entradas y salidas
análisis de motivos de salidas no quirúrgicas.*

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- *las acciones precisas*
- *los plazos*
- *responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables.

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **43 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

Cumplimiento parcial

Se minorará en un 50% la puntuación del objetivo en aquellos Centros que no alcancen la actuación 1. En el caso de las actuaciones 2 y 3, la no consecución de alguna de ellas supondrá una minoración del 25 % de la puntuación total del objetivo por cada una.

LÍNEA ESTRATÉGICA VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

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

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

ACTUACIÓN 1 El Hospital garantiza la obtención de toda la información necesaria para la planificación, gestión y evaluación de las Listas de espera, así como para proporcionar información individualizada a los usuarios.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

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

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Auditoria externa. Equipo Territorial de Inspección.

Se analizará si el hospital dispone de un registro único para la planificación, gestión y evaluación de listas de espera y si este registro permite el cálculo de las demoras medias por cada uno de los procedimientos quirúrgicos (incluye nivel de prioridad), de cada una de las consultas externas y de cada una de las exploraciones y dichas demoras medias están calculadas y disponibles para ofrecer de inmediato información individualizada a los usuarios

ACTUACIÓN 2: El Hospital analiza mensualmente la adecuación entre sus necesidades de información y los sistemas utilizados para su recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe donde se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe final a diciembre de 2004 en el que se pueda constar el seguimiento mensual de la adecuación del sistema de información.

ACTUACIÓN 3: El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- las acciones precisas*
- los plazos*
- responsables.*

ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN:

Al menos se identificará una oportunidad de mejora que tendrá especificadas las acciones, plazos y responsables

VALORACIÓN:

El valor del objetivo es de **43 puntos**, se obtendrán cuando el Centro alcance todos los requisitos especificados en las actuaciones que tiene pactadas

Cumplimiento parcial

Para los Centros cuya máxima Actuación pactada es 2 si se ha alcanzado la actuación 1, el incumplimiento de la 2 minorará la puntuación del objetivo en un 65% de su valor.

Para los Centros cuya máxima actuación pactada es la 3 su incumplimiento minorará la puntuación del objetivo en un 40 % de su valor, que ascenderá al 80 % en el caso de no alcanzarse las actuaciones 2 y 3.

ANEXO I

HOSPITALES Grupo I:

**HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL
HOSPITAL SANTOS REYES**

- SERVICIOS / UNIDADES / ÁREAS (25):

- MEDICINA INTERNA
- PSIQUIATRÍA
- PEDIATRÍA
- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- OFTALMOLOGÍA
- ORL
- TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA
- UROLOGÍA
- ANÁLISIS CLÍNICOS
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- FARMACIA HOSPITALARIA
- HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
- RADIODIAGNÓSTICO
- REHABILITACIÓN
- URGENCIAS
- ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
- ATENCIÓN AL PACIENTE
- GESTIÓN ECONÓMICA, PRESUPUESTARIA Y FINANCIERA

- GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN GENERAL Y DE LA POLÍTICA DE PERSONAL
- SUMINISTROS
- HOSTELERÍA
- ORDEN INTERNO Y SEGURIDAD
- OBRAS Y MANTENIMIENTO

HOSPITALES Grupo II:

**COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA
HOSPITAL EL BIERZO
HOSPITAL RÍO CARRIÓN
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA**

- SERVICIOS / UNIDADES / ÁREAS (35):

- MEDICINA INTERNA
- APARATO DIGESTIVO
- CARDIOLOGÍA
- DERMATOLOGÍA
- NEFROLOGÍA
- NEUMOLOGÍA
- NEUROLOGÍA
- PSIQUIATRÍA
- REUMATOLOGÍA
- MEDICINA INTENSIVA
- PEDIATRÍA
- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- OFTALMOLOGÍA
- ORL
- TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA
- UROLOGÍA
- ANÁLISIS CLÍNICOS
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- FARMACIA HOSPITALARIA

- HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
- MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
- RADIODIAGNÓSTICO
- REHABILITACIÓN
- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- URGENCIAS
- ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
- ATENCIÓN AL PACIENTE
- GESTIÓN ECONÓMICA, PRESUPUESTARIA Y FINANCIERA
- GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN GENERAL Y DE LA POLÍTICA DE PERSONAL
- SUMINISTROS
- HOSTELERÍA
- ORDEN INTERNO Y SEGURIDAD
- OBRAS Y MANTENIMIENTO

HOSPITALES Grupo III / IV:

**COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS
COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RÍO HORTEGA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA**

- SERVICIOS / UNIDADES / ÁREAS (42):

- MEDICINA INTERNA
- APARATO DIGESTIVO
- CARDIOLOGÍA
- DERMATOLOGÍA
- ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
- NEFROLOGÍA
- NEUMOLOGÍA
- NEUROLOGÍA
- NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
- ONCOLOGÍA MÉDICA
- PSIQUIATRÍA
- REUMATOLOGÍA
- MEDICINA INTENSIVA
- PEDIATRÍA
- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR
- C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- C. PLÁSTICA Y REPARADORA
- NEUROCIRUGÍA
- OFTALMOLOGÍA
- ORL

- TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA
- UROLOGÍA
- ANÁLISIS CLÍNICOS
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- FARMACIA HOSPITALARIA
- HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
- MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
- MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA
- RADIODIAGNÓSTICO
- REHABILITACIÓN
- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- URGENCIAS
- ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
- ATENCIÓN AL PACIENTE
- GESTIÓN ECONÓMICA, PRESUPUESTARIA Y FINANCIERA
- GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN GENERAL Y DE LA POLÍTICA DE PERSONAL
- SUMINISTROS
- HOSTELERÍA
- ORDEN INTERNO Y SEGURIDAD
- OBRAS Y MANTENIMIENTO

ANEXO II

HOSPITALES Grupo I

**HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO
SANTIAGO APÓSTOL
HOSPITAL SANTOS REYES**

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS:

- C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MEDICINA INTERNA
- ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- PEDIATRÍA
- TRAUMATOLOGÍA
- URGENCIAS

HOSPITALES Grupo I I

**COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA
HOSPITAL DEL BIERZO
HOSPITAL RÍO CARRIÓN
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA**

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS:

- ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- APARATO DIGESTIVO
- CARDIOLOGÍA
- C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MEDICINA INTENSIVA
- MEDICINA INTERNA
- NEFROLOGÍA
- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- OFTALMOLOGÍA
- ORL
- PEDIATRÍA
- TRAUMATOLOGÍA
- UROLOGÍA
- URGENCIAS

HOSPITALES Grupo I I I / IV

**COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS
COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
HOSPITAL DEL RÍO HORTEGA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA**

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS:

- ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR
- APARATO DIGESTIVO
- CARDIOLOGÍA
- C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- C. PLASTICA Y REPARADORA
- DERMATOLOGÍA M. Q.
- ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
- HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
- MEDICINA INTENSIVA
- MEDICINA INTERNA
- NEFROLOGÍA
- NEUMOLOGÍA
- NEUROLOGÍA
- NEUROCIRUGÍA
- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

- ❑ OFTALMOLOGÍA
- ❑ ORL
- ❑ PEDIATRÍA
- ❑ PSIQUIATRÍA
- ❑ TRAUMATOLOGÍA
- ❑ UROLOGÍA
- ❑ URGENCIAS
- ❑ REHABILITACIÓN



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)

