



# NuevoHospital versión digital

## Sumario

**Unas letras entre tanta ciencia: Las bibliotecas en el Hospital. ¿Biblioteca para pacientes, biblioteca médica o diversidad de usuarios?** 2  
*Beatriz Muñoz Martín*

**Diseño y evaluación de protocolos clínicos** 3  
*Carlos Ochoa Sangrador*

**SACYL. La Sanidad de Castilla y León** 4  
**Estructura de la Gerencia Regional de Salud**  
*Rafael López Iglesias*

**La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad** 6  
*Jose Luis Pardal Refoyo*

**Normas de Publicación** 7

**Sumario de los Números Publicados** 8



# UNAS LETRAS ENTRE TANTA CIENCIA

## LAS BIBLIOTECAS EN EL HOSPITAL. ¿BIBLIOTECA PARA PACIENTES Y BIBLIOTECA MÉDICA O DIVERSIDAD DE USUARIOS?

*“La biblioteca pública puede aliviar de muchas maneras la soledad y las minusvalías físicas y psíquicas de todas clases... El servicio bibliotecario en los hospitales, las instituciones especializadas y el préstamo a domicilio son algunos de los medios que puede utilizar la biblioteca para extender sus servicios a aquellos que más lo necesitan”*

*(Manifiesto de la UNESCO sobre bibliotecas públicas)*

El término “Biblioteca de Hospital” puede resultar en cierta medida ambiguo. Podría referirse a bibliotecas que están destinadas a informar y/o perfeccionar los conocimientos médicos y profesionales de quienes atienden a los enfermos y que, igualmente, ofrecen sus servicios a los pacientes hospitalizados y sus familiares.

La tendencia hasta hace relativamente pocos años, ha sido la de integrar en un sólo servicio las tareas bibliotecarias de carácter general (dirigidas a todo tipo de usuarios y en particular, a los pacientes) y aquellas de carácter especial cuyos destinatarios son los médicos y demás personal sanitario, tanto en el ejercicio profesional como en la formación. Esta integración se debía, en la mayor parte de los casos, a las limitaciones en la gestión del presupuesto y del personal.

En junio de 1986 se celebraron en Santander las Primeras Jornadas de Información y Documentación en Ciencias de la Salud en cuyas conclusiones se establecen ya la diferencia de usuarios y por tanto, las diferencias entre las bibliotecas para pacientes y las bibliotecas en ciencias de la salud: en el caso de personal sanitario la biblioteca se convertirá en un centro de información y formación profesional, mientras que los pacientes harán uso de ella para contribuir a su bienestar personal.

Esta diferenciación también afecta al espacio, a la colección y a su organización, especialmente si pensamos en la heterogeneidad de las necesidades informativas de cada grupo.

Para los enfermos el periodo de hospitalización, aunque sea corto, es un tiempo disponible. Momentáneamente aislados de su medio profesional y familiar, puede dedicarse a la lectura. La biblioteca tendría como principal misión la de contribuir al bienestar y cuidado mediante la provisión de materiales de lectura y actividades que le estimulen en la utilización de dicho material. Del mismo modo, los familiares de los enfermos tienden a pasar largas temporadas en el hospital (pediatría, por ejemplo). Por ello es importante que puedan beneficiarse también del servicio bibliotecario.

Para el personal sanitario (trabajadores asistenciales, administrativos y técnicos) así como para los estudiantes de formación MIR o de disciplinas paramédicas (farmacia, psicología), la biblioteca tiende a convertirse en un centro de información y documentación profesional, sirviendo de base para su instrucción y auto-formación.

A esta segunda tipología pertenece nuestra Biblioteca: es una biblioteca especializada en Ciencias de la Salud, cuya misión es la de apoyo en las labores asistenciales, docentes e investigadoras de nuestros usuarios.

Gracias a la oportunidad que me brinda el Dr. Pardal, es mi deseo, como responsable de la Biblioteca de nuestro Hospital y como profesional comprometida y convencida del valor de mi trabajo, mostraros en números sucesivos las características de las Bibliotecas en Ciencias de la Salud, el valor que éstas tienen dentro de la Institución a la que pertenece y, de una manera muy especial, los recursos y servicios creados por y para el usuario. Nuestra razón de ser.

**Beatriz Muñoz Martín.**

Licenciada en Documentación  
Responsable de Biblioteca.  
Hospital Virgen de la Concha. Zamora

## Diseño y evaluación de protocolos clínicos

Podemos definir el protocolo clínico como el “conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o problema de salud”. El protocolo surge ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituye una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que elegir.

Para poder diseñar un protocolo clínico tenemos que planificar una serie de pasos previos, que garanticen el éxito del proceso: seleccionar el problema de salud objeto de protocolización, determinar los miembros del grupo de trabajo responsable de su elaboración, elaborar un calendario de trabajo ajustado al tiempo y recursos disponibles, repartir las tareas dentro del grupo de trabajo, determinar la estructura del protocolo, planificar una estrategia de difusión y aplicación del protocolo y especificar los criterios, plazos y metodología de evaluación.

El camino para elaborar protocolos clínicos se inicia en la identificación de un determinado problema de salud. Dicho problema debe ser descrito con precisión y situado en el entorno epidemiológico propio donde el protocolo va a ser aplicado. Interesa conocer las características de la población afectada (edad, sexo, factores de riesgo asociados, etc.), su frecuencia, su morbi-mortalidad y su importancia sanitaria y social.

A la identificación del problema de salud debe seguirle una revisión del conocimiento existente sobre las alternativas diagnósticas o terapéuticas disponibles. Este conocimiento debería basarse idealmente en los resultados de estudios de investigación básica o clínico-epidemiológica previos. Los resultados de éstos y otros tipos de estudios tendrán que ser integrados a través de un proceso intuitivo con los conocimientos sobre los mecanismos fisiopatogénicos subyacentes.

Como hemos comentado un protocolo puede abordar la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En la selección de los mismos es preciso considerar parámetros objetivos de validez y eficacia, respectivamente. Idealmente la valoración de estos parámetros deberá sustentarse en pruebas documentadas en la literatura científica. El tipo de estudio que mayor interés tiene a la hora de confeccionar recomendaciones terapéuticas es el ensayo clínico controlado y randomizado. Nuestras recomendaciones se sustentarán en un mayor o menor grado de evidencia en función de la calidad de los estudios que las avalen. Cuando los conocimientos disponibles no son sólidos o existe controversia podemos recurrir a métodos de consenso para tratar de obtener recomendaciones generales.

En la elección final de los distintos procedimientos se deberá tener en cuenta también su coste, utilidad y equidad. Asimismo se deberán considerar los principios éticos que han de regular nuestro ejercicio asistencial:

autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que conlleve riesgos o que no pueda ser considerado “rutinario” tendría que contar con el correspondiente documento de consentimiento informado.

Las recomendaciones de un protocolo pueden estructurarse de distintas formas, dependiendo de las características particulares del problema de salud considerado, el grado de evidencia que apoya los procedimientos a utilizar y los objetivos concretos que se hayan planteado. Algunos de los formatos posibles serán: listado de recomendaciones, algoritmos diagnóstico-terapéuticos, vías clínicas, normas de aplicación sistemática, etc.

Dado que la puesta en marcha de un protocolo supone la introducción de nuevos procedimientos asistenciales y la cancelación de otros previamente empleados, es necesario elaborar un cronograma detallado de las fases de implantación, información y consenso con los servicios y personas implicados, la preparación del material, la organización de la sistemática de trabajo, el reparto de tareas y a ser posible la estimación de gastos y beneficios.

Por último tendremos que planificar rutinas de evaluación para poder controlar la calidad de nuestros protocolos. Para ello deben definirse criterios, indicadores y sistemática de evaluación. La medición de los indicadores de calidad se hará generalmente a través de estudios sobre muestra o población entera, en un punto de corte concreto o estableciendo sistemas de registro mantenidos con evaluación periódica.

**Dr. Carlos Ochoa Sangrador**

Médico Especialista en Pediatría  
Unidad de Apoyo a la Investigación  
Hospital Virgen de la Concha. Zamora.



## SACYL. La Sanidad de CASTILLA Y LEÓN



Siendo Ministro de Sanidad y Seguridad Social, D. Enrique Sánchez de León Pérez en el año 1978 se creó, sustituyendo al I.N.P., **el Instituto Nacional de la Salud, “el gran dinosaurio”**, como organismo proveedor de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social Española. Hoy, 1 de Julio de 2002, desaparece, excepto en Ceuta y Melilla, que seguirán siendo gestionadas por el INSALUD, ya que las competencias en materia sanitaria no son transferibles según sus propios estatutos.

El INSALUD, comenzó su proceso de transferencias en las Comunidades Autónomas, con tan sólo tres años de vida y entre 1981 y 1994 se transfirieron las competencias sanitarias a las Comunidades de **Cataluña, País Vasco, Andalucía, Galicia, Valencia, Navarra y Canarias**. Las últimas diez CC.AA pendientes de ser transferidas (**Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Extremadura, Asturias, Madrid, Murcia y La Rioja**) iniciaron su andadura de autogestión sanitaria el 1 de Enero de 2002. Estas últimas Comunidades, componían el grueso del Instituto con 140.000 profesionales, más de 1.083 Equipos de Atención Primaria, 81 Hospitales, con 37.133 camas hospitalarias y un presupuesto superior a 1,5 billones de pesetas, todo ello para atender a 14 millones de ciudadanos. El escenario actual del Sistema Nacional de Salud, está constituido por 17 Servicios de Salud, coordinados por el **Consejo Interterritorial**, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Junta de Castilla y León, mediante la Ley 1/1993 establece la **Ordenación del Sistema Sanitario de nuestra Comunidad**, legislándose posteriormente el **Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud** (Decreto 287/2001 de 13 de Diciembre) y la Estructura Orgánica de los Servicios Centrales de la Gerencia (Orden de 27 de Diciembre de 2001 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social). El Real Decreto 1480/2001 de 27 de Diciembre determina el **traspaso a la Comunidad de Castilla y León las funciones y Servicios del Instituto Nacional de la Salud**).

Finalizado el periodo transitorio comprendido entre el 1 de Enero y el 30 de Junio de 2002, de gestión compartida con el INSALUD, la Junta de Castilla y León asume la gestión de las once Areas de Salud con sus correspondientes Gerencias de Area. Nace **SACYL**, con 30.200 profesionales, 126 Centro de Salud, 2.100 Consultores locales y en Atención Especializada 22 hospitales con 6.943 camas; la Gerencia del 061 y un presupuesto de 2.104 millones de euros; para atender a casi dos millones y medio de usuarios, manteniendo los principios básicos de la Ley General de Sanidad de 1986, pero con la oportunidad de mejorar los Servicios Sanitarios y el paradigma de la proximidad, con un modelo propio basado, en palabras del Gerente Regional, en los siguientes criterios:

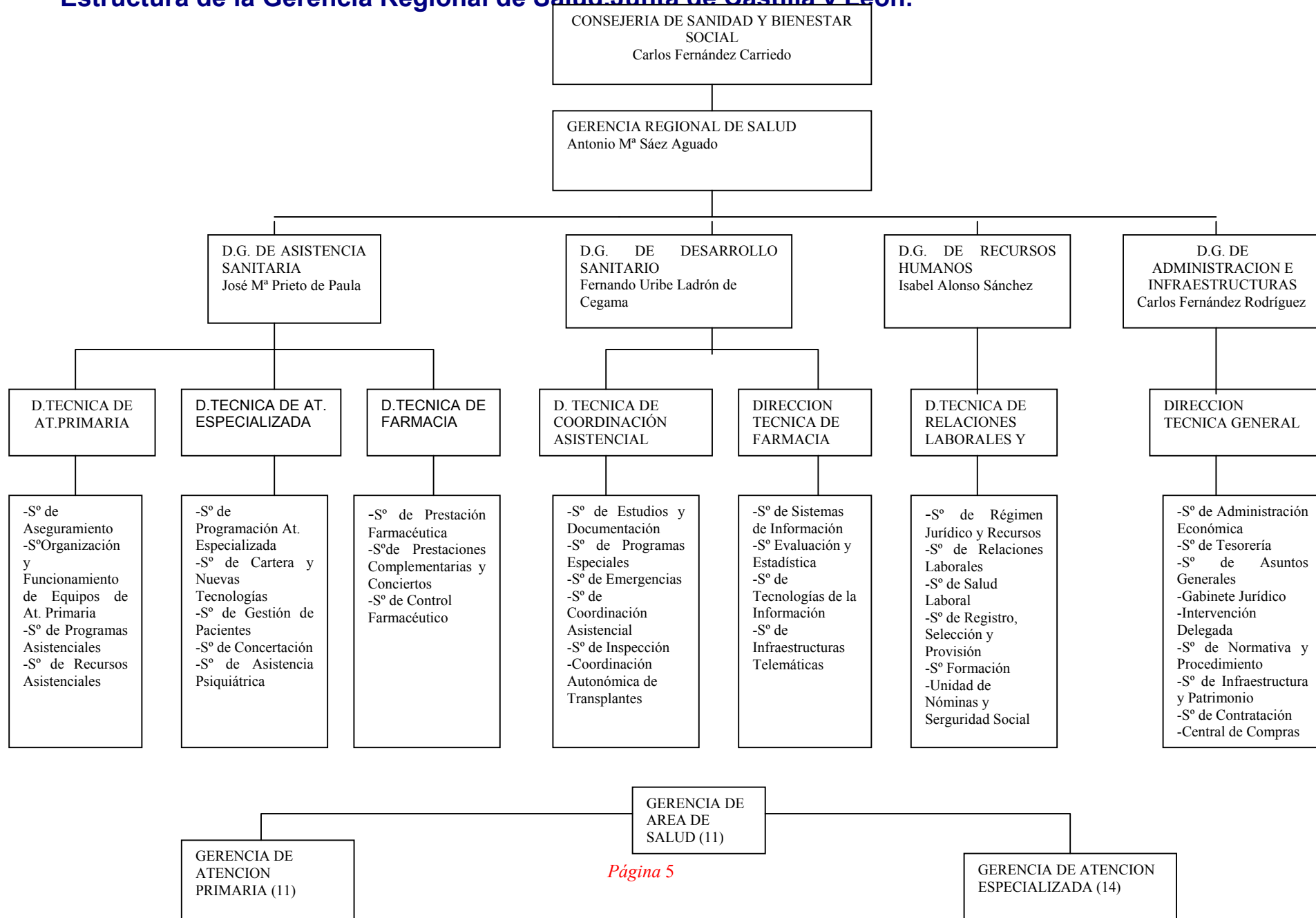
- AUTOSUFICIENCIA
- ACCESIBILIDAD
- FORMACIÓN CONTINUADA Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES
- MEJORA DE LAS INFRAESTRUCTURAS
- ORGANIZACIÓN EFICIENTE, EFICAZ Y DE CALIDAD
- EL CENTRO DE SACYL ES EL CIUDADANO

El primer documento de trabajo y compromiso con nuestra organización, fue la elaboración de los **PLANES ANUALES DE GESTIÓN** (P.A.G.) que para el año 2002 establecen objetivos de: ACTIVIDAD, ORGANIZACIÓN, DOCENCIA Y FORMACIÓN, COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA, PRESUPUESTARIOS Y CALIDAD. Los objetivos de **calidad** engloban un grupo importante de indicadores que miden cómo hacemos nuestro trabajo y si la actividad que realizamos está estandarizada, registrada y protocolizada, teniendo la calidad un valor del 20% sobre el total de objetivos del P.A.G.-2002, optando claramente, **SACYL**, por una **Gestión de Calidad Total**, aprobándose el 19 de Abril de 2002, la Orden que recoge los Programas de Mejora de la Calidad de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y de la Gerencia Regional de Salud.

Nuestro Servicio de Salud apuesta de forma meridiana por una Sanidad en proceso de continua mejora, orientando todos los recursos hacia lo ideal para Castilla y León. Adiós **INSALUD**, bienvenido **SACYL**.

**Rafael López Iglesias**  
Director Gerente de Atención Especializada

## Estructura de la Gerencia Regional de Salud Junta de Castilla y León.





## La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad

Se define sistema de calidad al conjunto de estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la calidad. Es pues una herramienta para conseguir, mantener y mejorar la calidad. Los aspectos clave del sistema de calidad son: 1- cumplimiento de los requisitos; 2- definición de un método de trabajo; 3- ejecución de un método de trabajo; 4- medir los resultados y 5- actuar basándose en los resultados. El objetivo final del sistema es lograr la satisfacción del cliente en sus necesidades y expectativas. Para ello es imprescindible establecer los procesos de la empresa, definir los procedimientos (forma definida y concreta de realizar un proceso) y documentarlos. Las normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad que desde su primera publicación en 1987 se han ido convirtiendo en referencia obligada como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad. Se basa en ocho principios de gestión: **1- Organización enfocada al cliente** (las organizaciones dependen de sus clientes por lo que han de comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas); **2- Liderazgo** (los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la dirección de la organización creando y manteniendo un ambiente interno, en el que el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización); **3- Participación del personal** (el personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total implicación posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización); **4- Enfoque basado en procesos**; **5- Enfoque de sistema para la gestión** (Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos); **6- Mejora continua** (en el desempeño global de la organización ha de ser un objetivo permanente de ésta); **7- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión** (ya que las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información) y **8- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor** (la organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor añadido al producto o servicios que ofrecen).

El sistema ha de estar suficientemente documentado de tal forma que pueda demostrarse que los procesos son planificados, realizados, controlados, implementados y mejorados continuamente según requisitos especificados previamente. Los procesos y actividades se reflejan en documentos que describen los métodos de trabajo de la empresa y constituyen el sistema documental bien ordenado y sistematizado en una estructura jerárquica.



Se distinguen varios niveles de documentos. En el primer nivel se sitúan los documentos que definen la política de calidad de la organización y el manual de calidad (MC). El MC es un documento controlado y público, accesible a todo el personal de la empresa y puede ser empleado como documento de presentación a clientes y proveedores. En el segundo nivel se encuentran los manuales de procedimientos generales (MPG) que describen los métodos de trabajo de la empresa (cómo se realizan los procesos). En el tercer nivel se encuentran los procedimientos operativos e instrucciones de trabajo en los que se expresan las instrucciones detalladas de cómo ha de realizarse un trabajo concreto; estos documentos han de estar en los puestos de trabajo dónde sean necesarios. En un cuarto nivel se sitúan los registros de calidad que demuestran que se trabaja según el procedimiento.

Los documentos pueden presentarse en papel, soporte informático, fotografía o película.

Los documentos tienen los siguientes objetivos:

- 1- COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Los documentos son una herramienta de comunicación y transmisión de la información
- 2- EVIDENCIA DE LA CONFORMIDAD: ya que aporta evidencia de que lo planificado se ha realizado realmente
- 3- COMPARTIR CONOCIMIENTOS: para difundir y preservar las experiencias de la empresa

En resumen la documentación: 1- Es la piedra angular del Sistema de Gestión de la Calidad; 2- Es imprescindible referirse a un documento escrito como soporte de lo que se hace y actuar según la norma escrita; 3- Forma parte del conjunto de documentos del Sistema de Calidad; 4- Facilita la delimitación de funciones; 5- Permite mejorar la relación con los clientes y refuerza el valor añadido de la empresa; 6- Permite realizar control sobre la documentación facilitando la auditoría de procesos y de la gestión del Sistema de Calidad; 7- Es imprescindible para conseguir la certificación de la gestión del Sistema de Calidad según ISO 9000.

Sirva como ejemplo nuestro sistema documental que dispone de los siguientes documentos de calidad ordenados jerárquicamente: 1- Política de Calidad (Plan de Calidad Total del Insalud; Plan Estratégico del Insalud; Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha; Plan Anual de Gestión; 2- MANUAL DE CALIDAD (y documentos de apoyo: MANUAL DE METODOLOGÍA); 3- Manuales de Procedimientos Generales (en realización por las áreas representadas en la Comisión Central de Garantía de Calidad -CCGC-); 4- Manuales de procedimientos operativos e instrucciones; 5- Registros (Memoria de calidad; actas de la CCGC; Revista Nuevo Hospital en versión digital y soporte en papel; base de datos informatizada MS-Access).

En el momento actual desde la Unidad de Calidad se coordinan las áreas representadas en la Comisión Central de Garantía de Calidad para lograr un sistema de calidad bien estructurado con la documentación necesaria actualizada. Desde aquí quiero agradecer a todos los miembros de las comisiones el esfuerzo que realizan para que esto sea posible.

### Referencias:

- ✓ **AENOR:** "REVISIÓN DE LAS NORMAS UNE-EN ISO 9000 DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL AÑO 2000". En <http://www.aenor.es>
- ✓ **ISO, Grupo de Trabajo "Spanish Translation Task Group", Comité Técnico ISO/TC 176, Gestión y aseguramiento de la calidad:** "Orientación acerca de los requisitos de documentación de la Norma ISO 9001:2000. Documento: ISO/TC 176/SC 2/N 525R. Marzo 2001". Traducción aprobada el 31-5-2001. En <http://www.aenor.es>.
- ✓ **SENLE, A.; MARTÍNEZ, E.; MARTÍNEZ, N.:** "ISO 9000-2000. Calidad en los Servicios". Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona, 2001.
- ✓ **HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. Unidad de Calidad:** "MANUAL DE CALIDAD (edición 1-2002)". Nuevo Hospital (edición digital). 2002. Nº9. II / 7. En <http://www.calidadzamora.com>.

**Dr. Jose Luis Pardal Refoyo**

Coordinador de Calidad  
Médico Especialista en Otorrinolaringología

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

NuevoHospital recogerá trabajos de todas las áreas y se comportará como transmisor y amplificador de la actividad:

- Noticias: cualquier noticia o comunicación relacionada con la Calidad (congresos, reuniones, libros, etc.)
- Colaboraciones: artículos relacionados con Calidad Asistencial que envíen nuestros lectores.
- Plan de Calidad: información referente a la evolución del plan de Calidad (objetivos, metodología, investigación, resultados de actividad)

### Objetivos:

- 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.
- Mejorar la comunicación dentro del Hospital
- Mejorar la información sobre la actividad sanitaria en el Área de Salud de Zamora
- Aumentar el nivel formativo en cultura de la Calidad
- Incrementar y mejorar la información del Hospital a la Sociedad
- Incentivar la investigación en Calidad

### Temas:

Cualquier tema relacionado con Calidad asistencial (objetivos de Calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.). Se clasificarán en editorial, conceptuales, gestión de procesos, tecnología y cartas al editor.

Los temas se agruparán en distintas secciones:

- **EDITORIAL:** colaboraciones especiales de expertos en temas de Calidad
- **CONCEPTUALES:** artículos que desarrollan temas básicos de conocimientos en Calidad (metodología, estadística, epidemiología, etc.)
- **GESTIÓN DE PROCESOS:** en este apartado se darán cabida a la mayoría de los artículos referidos a la actividad sanitaria ("calidad es todo")
- **TECNOLOGÍA:** artículos relacionados con la implantación de nuevas tecnologías (fundamentos técnicos, protocolos, indicaciones, etc.)
- **CARTAS AL EDITOR:** comentarios sobre artículos aparecidos en la revista
- **NÚMEROS MONOGRÁFICOS:** temas y documentos que por su extensión precisen número especial

### NuevoHospital se publica en dos formatos:

- Electrónica: en formato pdf, alojada en la página web de la Unidad de Calidad. Tendrá contenidos propios. Todos los trabajos se publicarán en este formato.
- Papel: en tamaño A3 y edición limitada para reparto por servicios unidades y órganos de representación. Habrá dos tipos de publicación: una **trimestral** que contendrá el resumen de la actividad en el trimestre y otra **serie monográfica** en la que se publicarán los manuales y guías del hospital.

### - Estructura de los trabajos:

- Título
- Autor/es (nombre/s y apellidos)
- 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)
- **extensión máxima 4 folios**. Los trabajos de mayor extensión podrán ser publicados como monografías
- 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 NuevoHospital)
- **por correo electrónico:** [calidad\\_zamora@yahoo.es](mailto:calidad_zamora@yahoo.es) (disponible en la web: [www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))

### **NuevoHospital (versión digital - Internet) Números publicados:**

#### **Año 2001:**

Nº0 (Vol.I, Nº0, 2001):  
Presentación  
La Unidad de Calidad  
NuevoHospital  
Normas de Publicación  
Nº1 (Vol.I, Nº1, 2001):  
Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha  
Nº2 (Vol.I, Nº2, 2001):  
Guía Farmacoterapéutica y equivalentes terapéuticos (versión 1-2001)

#### **Año 2002:**

Nº3 (Vol.II, Nº1, 2002):  
Guía para la Información y el Consentimiento Informado  
Nº4 (Vol.II, Nº2, 2002):  
Guía de acogida al nuevo trabajador  
Nº5 (Vol.II, Nº3, 2002):  
Clasificación TNM para tumores malignos  
Registro de tumores en el Hospital Virgen de la Concha  
Protocolo de envío de muestras al laboratorio de Anatomía Patológica  
¿Qué es la P.E.T.?  
Protocolo de actuación en el test de aliento  
Nº6 (Vol.II, Nº4, 2002):  
Evolución de la Gestión Analítica (I)  
Generalidades sobre el funcionamiento de la Contabilidad Analítica en el Hospital Virgen de la Concha (II)  
La autopsia  
Protocolo para la reducción del número de caídas en pacientes hospitalizados  
Protocolo de registro de proyectos de investigación  
Nº7 (Vol.II, Nº5, 2002):  
Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001. Recogida de datos.  
Nº8 (Vol.II, Nº6, 2002):  
Diseño y evaluación de protocolos clínicos  
Nº9 (Vol.II, Nº7, 2002):  
MANUAL DE CALIDAD (edición 1-2002)

Nº10 (Vol.II, Nº8, 2002):  
Reglamento de uso de la Historia Clínica  
Nº11 (Vol.II, Nº9, 2002):  
Guía del Usuario  
Nº12 (Vol.II, Nº10, 2002):  
Fármacos Genéricos  
Nº13 (Vol.II, Nº11, 2002):  
Medición del Producto Hospitalario  
Seguimiento de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica. Resultados del año 2001  
Cartas al Editor: [Estudio genético en la sordera]; [Curso de Prevención en Riesgos Laborales. Nivel básico]  
Nº14 (Vol.II, Nº12, 2002):  
Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada  
Nº15 (Vol.II, Nº13, 2002):  
Informes de Coste - Actividad  
Legislación sobre la Historia Clínica  
Nº16 (Vol.II, Nº14, 2002):  
Protocolo de actuación ante pacientes con alergia al látex  
Nº 17 (Vol.II, Nº15, 2002):  
¿Qué es el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE)?  
LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN  
ACTIVIDAD DE CALIDAD DEL ÁREA DE ENFERMERÍA EN EL AÑO 2.001]  
Cartas al Editor: GUÍA DE USO APROPIADO DE RESONANCIA MAGNÉTICA  
Nº 18 (Vol.II, Nº16, 2002):  
Actividad de la Comisión de tumores, tejidos y mortalidad: [AÑO 2000]; [AÑO 2001]; [REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES MALIGNOS. Resultados en el año 2001]

Secciones:  
**EDITORIAL**  
**CONCEPTUALES**  
**GESTIÓN DE PROCESOS**  
**TECNOLOGÍA**  
**CARTAS AL EDITOR**  
**NÚMEROS MONOGRÁFICOS**



**www.CalidadZamora.com**

## **Actualidad [calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com)**

documentos y enlaces relacionados con **calidad asistencial**, **salud pública**, **riesgos laborales**, **salud laboral**, **derecho sanitario**

Quienes deseen recibir información periódica por correo electrónico deben enviar sus datos a **calidad\_zamora@yahoo.es**

Próximamente se incluirá enlace de **documentos propios** del Hospital