



versión digital  
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha  
Hospital Provincial  
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

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

# NuevoHospital

Vol. IV - Nº 13 - Año 2004 - Nº edición: 71

Publicado el 15 de marzo de 2004

## COMISIONES CLÍNICAS

## MANUALES DE FUNCIONAMIENTO

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

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

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

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

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

**Funciones encomendadas a la Comisión de Farmacia y Terapéutica**

Son funciones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) promover y desarrollar actividades dirigidas a garantizar la calidad de la terapéutica farmacológica en el ámbito hospitalario y ambulatorio en coordinación con la Comisión del Uso Racional del Medicamento del Área de Salud.

Actividades a desarrollar para el logro de la función:

- Actuará como grupo asesor de la dirección en aquellos aspectos relacionados con el uso de medicamentos.
- Evaluará y **seleccionará** medicamentos para la prescripción y utilización en el hospital teniendo en cuenta la influencia de dicha prescripción en el área.
- **Elaborará** la Guía Farmacoterapéutica (GFT) así como el establecimiento de normas para su permanente actualización.
- Realizará Estudios de Utilización de Medicamentos que permitan disponer de la información necesaria para adoptar normas y programas de actuación que contribuyan al **uso racional** de los mismos.
- Evaluará el cumplimiento de las normas que contribuyan a una correcta utilización de los medicamentos.
- Promoverá la realización de protocolos terapéuticos consensuados para el uso de determinados medicamentos, especialmente los de alta tecnología, elevado coste o con indicaciones concretas así como evaluará su cumplimiento.
- Colaborará con otras Comisiones, especialmente con aquellas relacionadas con la utilización de medicamentos:
  - Comisión de Uso Racional de Medicamentos del Área.
  - Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política de Antibióticos.
  - Comité Ético de Investigación Clínica.
- Publicará los acuerdos y normas de la CFT para su difusión entre el personal facultativo y de enfermería.

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

- Promoverá y participará en actividades de formación sobre el buen uso de los medicamentos.
  
- Colaborará con el Servicio de Farmacia en actividades de calidad relacionadas con la distribución, administración y uso de los medicamentos
- Revisará los consumos de aquellos medicamentos que suponen un elevado coste.
  
- Participará en los Objetivos de Calidad del Plan Anual de Gestión que se hayan consensuado.
  
- Realizará periódicamente un seguimiento de las solicitudes de medicamentos no incluidos en la GFT.
  
- Promoverá la comunicación de relaciones adversas y realizar actividades con el fin de disminuir en los errores de medicación.

**Objetivos:**

Objetivos generales de las Comisiones Clínicas:

- Formalizar el compromiso institucional con la calidad para generalizar el concepto de trabajo en calidad a todos los niveles de la organización.
  
- Elaborar, aprobar o validar recomendaciones y protocolos farmacoterapéuticos de aplicación hospitalaria.
  
- Analizar y monitorizar la práctica clínica en su área de interés.
  
- Pactar objetivos con el Equipo Directivo y en función de los mismos establecer sistemas de evaluación que permitan detectar problemas, estudiar sus causas, efectuar propuestas de mejora, y hacer seguimiento de la efectividad de dichas propuestas.
  
- Emitir información, a requerimiento del Equipo directivo, Junta Técnico Asistencial o Comisión Mixta, sobre materias de su competencia.
  
- Difundir entre los profesionales del Centro todos aquellos resultados que puedan ser relevantes para mejorar la calidad de su trabajo.

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

- Formación continuada en el área de interés.
- Vigilar por el cumplimiento de la legislación vigente en el área de su competencia.

Entre los **objetivos específicos** podemos destacar la selección de los medicamentos que va a utilizar el hospital con criterios de calidad, eficacia, seguridad y coste.

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

### **Manual de Funcionamiento**

#### **Identificación de la Comisión.**

La CFT depende de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de calidad asistencial y adecuación tecnológica, y elevará a la misma los acuerdos y resoluciones.

#### **Composición:**

Gil Valiño Carmen	Farmacéutica	Farmacia
-------------------	--------------	----------

#### **SECRETARIO**

Roldan González José S.	Farmacéutico	Farmacia
-------------------------	--------------	----------

#### **VOCALES**

Alvarez Sastre Fermín	Médico	Cirugía
Alvarez Terrero Antonio	Médico	Medicina Intensiva
Díaz Molina Hugo	Médico	Nefrología
Eiris Aradas Carmen	Farmacéutica	Farmacia
González Gonzalez Marciana	Enfermera	Pediatría
Ortiz de Murua López José A.	Médico	Cardiología
Palomar Rodríguez Luis M.	Médico	Medicina Interna
Santana González Valentín	Médico	Anestesiata

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

En el seno de la Comisión Central de Garantía de Calidad se ha acordado renovar las comisiones clínicas, invitando a los facultativos a participar en las mismas ( nueva situación con la creación del complejo hospitalario de Zamora). No se han comunicado bajas entre los integrantes actuales de la CFT, se relaciona el personal que ha solicitado iniciar su colaboración en la CFT:

Manuela Martín Prieto	Neurología
Jesús Francisco Riesco Riesco	Cardiología
Angel Chapa Iglesias	Urgencias
Rosario Mesonero Carrera	Digestivo
M <sup>a</sup> Monserrat Chimeno Viñas	Hospitalización a Domicilio
Fernando del Campo Bujedo	Cardiología
Juan Carlos Herrezuelo Castellano	Farmacia Hospital Rodríguez Chamorro
M <sup>a</sup> José Martínez Velarte	Psiquiatría Hospital Rodríguez Chamorro
Luis Salvador Fernández	Cirugía Hospital Rodríguez Chamorro

No se ha realizado reunión para la constitución de la comisión.

**Funciones:**

- Son funciones del Presidente:
  - Ordenar la convocatoria de la reunión y establecer el orden del día.
  - Presidir y moderar las reuniones de la Comisión.
  - Supervisar y coordinar el correcto funcionamiento de la misma.
  - Representar a la Comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.
  - Proponer la renovación y el cese justificado de miembros.
  - Visar las actas de todas las reuniones.
  
- Son funciones del Secretario de la Comisión:
  - Elaborar la orden del día de acuerdo con el presidente.
  - Preparar la documentación necesaria para cada una de las reuniones.
  - Enviar la convocatoria de la reunión a todos los miembros de la Comisión .
  - Redactar las actas de las reuniones.
  - Enviar copia de las actas y documentos que se generan en la Comisión a la Comisión Central de Garantía de Calidad.
  - Archivar los documentos.
  - Recepcionar las solicitudes para la inclusión de medicamentos en la GFT.

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

- Derechos de los miembros de la Comisión:
  - Participar en cuantas reuniones celebre la Comisión.
  - Recibir la información conveniente con antelación suficiente para el conocimiento de los temas a tratar.
  - Opinar y decidir con su voto cuando el tema así lo requiera.
  
- Obligaciones de los miembros de la Comisión:
  - Asistir a las reuniones de la Comisión.
  - Justificar su ausencia.
  - Participar y colaborar en el desarrollo de los Objetivos de la Comisión.
  - Respetar la confidencialidad de los temas tratados en las reuniones incluso con posterioridad a su cese en la Comisión.
  - Comunicará por escrito al Presidente su dimisión como miembro de la Comisión.

**Sistemática de trabajo:**

**NORMAS PARA SOLICITAR LA INCLUSIÓN DE NUEVOS  
MEDICAMENTOS EN LA GFT**

1.- Recepción de peticiones:

Para solicitar la inclusión de un nuevo medicamento en la GFT del hospital se debe cumplimentar en su totalidad el impreso diseñado para tal fin (se adjunta informe) y entregarlo en el Servicio de Farmacia.

La petición debe venir avalada por la firma del Jefe del Servicio.

Es preciso adjuntar a la solicitud la bibliografía que avale el empleo del fármaco en la indicación para la que se solicita.

El Secretario de la CFT informará en cada reunión las nuevas solicitudes de inclusión realizadas por los distintos Servicios del Hospital.

Las solicitudes de inclusión de medicamentos deberán ir acompañadas de un protocolo terapéutico indicando en qué pacientes es útil y costo-efectiva. Así mismo su evaluación farmacológica, terapéutica y económica será presentada al equipo directivo por personal de la Farmacia.

2.- Orden de preferencia para la revisión:

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

Se tendrá en cuenta la urgencia de la indicación y la existencia de otras alternativas, el orden de la recepción de la solicitud, la existencia de bibliografía y la calidad de la misma (metaanálisis, ensayos clínicos randomizados ). Se revisarán aquellos medicamentos cuyas solicitudes hayan sido adecuadamente cursadas con, al menos, un mes de antelación antes de la fecha de la próxima Comisión.

3. – Participación de los miembros de la Comisión u otros colaboradores en la revisión: grupos de trabajo:

Desde la CFT se invitará a participar en la revisión a varios facultativos (1 ó 2) implicados en el uso del fármaco solicitado que junto con un farmacéutico y el propio solicitante del medicamento constituirán el grupo de trabajo; este será el equipo encargado de revisar el medicamento.

Las conclusiones de estos datos se trasladarán a la CFT, que a su vez comunicará sus decisiones a la persona que solicitó el medicamento y al resto de los facultativos del hospital. El resultado de la consulta debe quedar reflejado por escrito para cada una de las revisiones.

Se realizará un informe técnico de los medicamentos incluidos en Guía. Será presentado en la siguiente comisión a su inclusión constará, al menos, de los siguientes epígrafes:

- Identificación del medicamento
- Servicios que lo solicitan e indicaciones para las que se pretende
- Descripción del medicamento
- Área farmacológica que cubre y situación que ocupa en la guía Farmacoterapéutica
- Evaluación de la eficacia
- Evaluación de la seguridad
- Evaluación económica
- Propuesta de indicaciones y servicios para los que se aprueba
- Condiciones de uso en el Hospital
- Bibliografía y Autores del informe

La inclusión de un nuevo medicamento en la GFT conllevará el estudio de la retirada de uno o varios medicamentos de similar efecto terapéutico; el plazo de retirada se fijará con la CFT y se comunicará al personal médico y de enfermería a través de un escrito al Jefe S del Servicio/Supervisora. Los acuerdos de modificación de la Guía serán recogidos en la revista Nuevo Hospital inmediatamente después de la aprobación del acta de la Comisión en la que se incluyó/excluyó el medicamento.

La Comisión minimizará la duplicidad de especialidades para el mismo principio activo.



**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.**

Los medicamentos no incluidos en la GFT y no comercializados en España que haya que pedir al Ministerio de Sanidad y Consumo, necesitarán seguir los mismos trámites que los medicamentos comercializados en España para poder ser utilizados en el Hospital y ser adquiridos por el servicio de Farmacia de forma programada. La solicitud de tratamiento compasivo vendrá acompañada por la bibliografía que apoye su utilización en esa indicación.

4.- Búsqueda y selección bibliográfica:

Es necesario que la bibliografía manejada por cada uno de los componentes del grupo de trabajo pueda ser valorada por los demás participantes.

**Normativa:**

- Las Comisiones Clínicas están reguladas por el RD 521/1987: “Reglamento sobre estructura, organización, y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud” establece la Comisión Central de Garantía de Calidad como órgano de asesoramiento a los órganos de dirección del hospital y que, dependientes de esta, se han de constituir como mínimo una serie de comisiones clínicas entre las que se encuentra la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Ley 25/1990 del Medicamento en el artículo 84.4: las administraciones sanitarias adoptarán las medidas necesarias para que en las estructuras de atención especializada y primaria se lleve a cabo la selección y valoración científica de los medicamentos y de su empleo a través de la CFT. En el artículo 84.6 establece la necesidad de las administraciones públicas de promover la publicación de guías farmacológicas para uso de los profesionales sanitarios.
- Guía de gestión de los servicios de Farmacia Hospitalaria. Edita: Instituto Nacional de la Salud. 1997
- Guía para la evaluación y mejora de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Edita: Instituto Nacional de la Salud. 1999.
- Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León. Título IV. Capítulo I. Artículo 44: Funciones de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.

- |                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| - HISTORIAS CLÍNICAS            | PÁGINA 2 |
| - TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD | PÁGINA 7 |

Edición 1- 2003

27-06-2003

**COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS  
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

**Composición**

**Presidente**

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Antolín García

**Secretario**

D<sup>a</sup> Montserrat Pérez Sánchez

**Vocales**

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Garrote Sastre

D<sup>a</sup> Ana Benito Juan

D. Antonio Tinajas Saldaña

D<sup>a</sup> Carmen Muñoz Navarro

D<sup>a</sup> Paloma Ramos Nogueiras

D<sup>a</sup> Margarita Llauradó Martínez

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Cruz Pérez Liedo

D<sup>a</sup> Francisca de Cabo Gómez

D<sup>a</sup> Margarita Mazuelas Santos

D<sup>a</sup> Mercedes Yuste Flores

D<sup>a</sup> María Alonso Alegre

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Angeles González Escribano

D Luis Seisdedos Cortes

D<sup>a</sup> Pilar Peláez Palacios

D<sup>a</sup> Sagrario García Calderón

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Genoveva Corral de la Cruz

D<sup>a</sup> Ana Carolina Caballero Zirena

**Funciones de los miembros**

**Presidente**

- Presidir y dirigir las reuniones
- Supervisar y coordinar el correcto funcionamiento de la misma

- Representar a la comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.
- Proponer renovación y cese justificado de miembros
- Acordar la convocatoria de las sesiones y fijación del orden del Día
- Dirimir con su voto los empates
- Asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Reglamento
- Visar las Actas y certificación de los acuerdos de la Comisión

#### **Secretario**

- Efectuar las convocatorias de las sesiones por orden del presidente.
- Recibir las propuestas de los miembros.
- Redactar y autorizar las Actas de las Sesiones que serán firmadas por el presidente y secretario.
- Remitir las Actas una vez firmadas a la Unidad de Calidad para su custodia y efectos oportunos.

#### **Vocales**

- Participarán en los debates y las votaciones de las sesiones.
- Podrán formular ruegos, preguntas y su voto particular.
- Podrán obtener la información precisa para cumplir las funciones que se les asignen.
- Asistir a las reuniones de la Comisión a las que sea convocado, salvo por motivos o circunstancias de fuerza mayor
- Respetar la confidencialidad de la información personal que conozca por su condición de componente de la Comisión, aun con posterioridad a su cese de la misma.

#### **Sustituciones y renovaciones**

Los miembros de las comisiones clínicas serán nombrados por la Dirección Médica a propuesta de la Junta Técnico Asistencial o Comisión Mixta. La Dirección extenderá certificado acreditativo del periodo de vigencia como miembro de la Comisión.

La incorporación de nuevos miembros fuera de los periodos naturales de renovación, se realizará por solicitud del interesado dirigida a la Dirección Médica.

#### **Elección de presidente**

El presidente se elegirá mediante acuerdo o por votación, si fuese preciso, entre los miembros de la comisión.

#### **Renovación del Presidente.**

Deberá efectuarse una renovación cada dos años, pudiendo ser reelegido. Además deberá elegirse un nuevo Presidente si los miembros de la Comisión así lo decidieran por mayoría absoluta, o si el actual solicitase ser relevado. Dejase de formar parte de la Comisión.

#### **Elección del Secretario**

Se elegirá mediante acuerdo o por votación, si fuese preciso, entre los miembros de la Comisión.

#### **Renovación del Secretario**

Deberá efectuarse una renovación cada dos años, pudiendo ser reelegido. Además deberá elegirse un nuevo secretario si los miembros de la Comisión así lo decidieran por

mayoría, o si el actual:

Solicitase ser relevado

Dejase de formar parte de la Comisión.

#### **Renovación de los miembros**

Cada dos años deberá renovarse al menos el 50% de los componentes de la Comisión, pudiendo ser reelegidos. Los miembros serán nombrados por la Dirección Médica tras la convocatoria para la presentación de candidatos, que se realizará por escrito, de forma individualizada a todo el personal implicado.

El cese de su cometido como miembro de la Comisión podrá producirse en los siguientes supuestos: a petición propia, por acuerdo por mayoría absoluta de los miembros de la Comisión, ausencia injustificada a reuniones seguidas y ausencia justificada a cuatro contadas en el periodo de un año.

Tras el cese, la Comisión elevará la propuesta de renovación a la Dirección del Centro

#### **Reglamento de la Comisión**

El presente Reglamento estará supeditado a la normativa general de funcionamiento de las Comisiones del Hospital.

- Los acuerdos de la comisión se adoptarán por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de 6 miembros para que tenga carácter vinculante.
- El número de miembros no será superior a 10.
- La comisión se reunirá con carácter ordinario al menos una vez al trimestre, y con carácter extraordinario siempre que lo solicite alguno de sus miembros.
- Las convocatorias se realizarán los primeros viernes de los meses marzo, junio, octubre y diciembre.
- Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el presidente, según el orden del día elaborado y serán notificadas al menos con una semana de antelación, por escrito. Al orden del día se acompañará el acta de la reunión anterior y los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión.
- En ausencia de un lugar de reuniones específico, se celebrarán en el aula de sesiones de la 6ª planta general
- El horario de las reuniones será a las 8.30 de la mañana, con una duración máxima de 60 minutos.
- De cada Sesión que se celebre la Comisión se levantará Acta por el Secretario en la que se especificarán los asistentes, el Orden del Día, los puntos principales de las deliberaciones y el contenido de los acuerdos adoptados. Se remitirá una copia a la Comisión Central de Garantía de Calidad.
- Los miembros de la Comisión decidirán libremente el grado de confidencialidad de lo tratado en las reuniones de la misma.
- En la siguiente reunión que se realice será aprobada o modificada, según proceda, el Acta de la anterior reunión, siendo ello incluido siempre como primer punto del Orden del Día.
- En función de las actividades que se desarrollen, se constituirán subcomisiones o grupos de trabajo para facilitar el cumplimiento de sus cometidos.

- La Comisión podrá convocar a una o varias sesiones, como asesores, a los profesionales que acuerde previamente, en función de su especial conocimiento o dedicación a los temas a tratar.
- No podrá ser objeto de deliberación o acuerdo ningún tema que no esté en el Orden del Día, salvo por acuerdo de la mayoría de asistentes se decida la urgencia del mismo.

### **Funciones de la comisión**

1. Mejora de la calidad de la historia clínica
  - ✓ Normalización de la documentación clínica
  - ✓ Estructura y orden de la documentación clínica
  - ✓ Evaluación del contenido formal de la historia clínica, respecto a que contenga suficiente información para poder identificar al paciente y al médico, así como para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y especificar los resultados.
  - ✓ Elaborar indicadores, criterios, estándares y auditorías que permitan evaluar la calidad de la historia clínica.
2. Diseño y seguimiento de programas de mejora de calidad
3. Formación continuada y docente
4. Aplicación y mejora del reglamento de funcionamiento interno de la comisión
5. Desarrollo de los objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión y Manual de Calidad.
6. Desarrollo de objetivos propios

### **Objetivos**

1. Elaborar el Manual de Funcionamiento
2. Elaborar la memoria anual
3. Publicar artículos en la revista Nuevo Hospital
4. Desarrollo de objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión
  - ✓ Continuar con la implantación del modelo de alta hospitalaria
  - ✓ Mejorar la estructura y documentación de la historia clínica
  - ✓ Auditoría de calidad del informe médico de alta
  - ✓ Implantación del documento del consentimiento informado
  - ✓ Publicación de artículos relacionados con el área en NuevoHospital
5. Desarrollo de objetivos propios
  - ✓ Evaluación de la calidad de la historia clínica del Servicio de Urgencias

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hospital Virgen de la Concha. UNIDAD DE CALIDAD: Manual de Calidad. Edición 2- 2003.
2. Conclusiones del seminario nacional sobre: "El papel de las comisiones clínicas hospitalarias" 28, 29 y 30 de septiembre de 1994. Fundación Mapfre medicina. INSTITUTO MAPFRE DE GESTIÓN SANITARIA
3. Berta Candia, Carmen Isasi. Metodología para el funcionamiento de las comisiones clínicas. Rev. Calidad Asistencial 1998; 13: 107- 110

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS Y MORTALIDAD.**

### **Artículo 1º**

*De acuerdo con el real Decreto 521/1987 sobre Reglamento de Hospitales del Sistema Nacional de Salud, el Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL, considerando lo que se venía haciendo hasta ahora y consultados los Órganos de Asesoramiento Hospitalario correspondientes, se considera constituida en el Complejo Hospitalario de Zamora la COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS Y MORTALIDAD.*

### **Artículo 2º**

*El equipo directivo podrá modificar la comisión, vinculada al programa de Calidad, dividiendo o suprimiéndola y creando otra nueva si se considera necesario, a propuesta de la Comisión Central de Garantía de Calidad y con el conocimiento de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.*

### **Artículo 3º**

*Las Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad depende de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del Hospital en materia de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica. Elevará a la misma sus acuerdos y resoluciones.*

### **Artículo 4º**

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

### **Artículo 5º**

*La comisión establecerá el número de miembros que considere necesario para conseguir sus objetivos.*

### **Artículo 6º**

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

### **Artículo 7º**

*Los componentes de la Comisión de Dirección no podrán ser miembros de la Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad salvo excepciones fundamentadas y aceptadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad.*



**Artículo 8°**

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

**Artículo 9°**

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

**Artículo 10°**

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

**Artículo 11°**

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

**Artículo 12°**

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

**Artículo 13°**

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

**Artículo 14°**

*Cada dos años y cuando se renueven, la Comisión procederá a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones.*

**Artículo 15°**

*Son funciones del Presidente de la Comisión:*

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

**Artículo 16°**

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

**Artículo 17°**

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

**Artículo 18°**

*La Comisión se reunirá al menos 4 veces al año.*

**Artículo 19°**

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

**Artículo 20°**

*El lugar habitual de las reuniones será.*

**Artículo 21°**

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

**Artículo 22°**

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

**Artículo 23°**

*La comisión podrá invitar a sus reuniones con voz pero sin voto, a todos aquellos profesionales de los que sea preciso recabar opiniones o información.*

**Artículo 24°**

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

## **FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS Y MORTALIDAD.**

**1. Función Asistencial:**

Asesoramiento a la dirección en la organización del tratamiento oncológico, informando a la misma de las distintas actividades que se realizan en este sentido.

**2. Función Docente:**

Colaborar en la formación y capacitación personal y de los demás profesionales del Centro o del Área a través de: Sesiones clínicas, Sesiones bibliográficas, Seminarios, participación en cursos de formación para los trabajadores del Hospital.

**3. Función Investigadora:**

Se debe fomentar y desarrollar desde la Comisión la actividad investigadora, ya sea investigación básica, clínico-epidemiológica o aplicada.

**4. Función de control de Calidad:**

Desarrollando los objetivos recogidos en el Manual de Calidad del Hospital.

**5. Función Institucional:**

Desarrollando los objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión, así como objetivos propios.

## **OBJETIVOS DE LA COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS Y MORTALIDAD.**

### **Objetivos generales:**

*Como objetivos generales de esta Comisión Clínica se establecen:*

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

### **2. Objetivos Específicos:**

- 1. Elaborar un manual de funcionamiento de la comisión.*

# **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis  
y Política Antibiótica.

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO  
COMISIÓN DE INFECCIONES

**INTRODUCCION:**

La principal función de esta Comisión es coordinar los distintos elementos del sistema de vigilancia, Prevención y control de la Infección.

Este estamento no tiene carácter ejecutivo, solamente funciona como órgano de asesoramiento, consulta e información de la Junta Facultativa del Hospital.

La Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica, depende de la Comisión Central de garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de Calidad Asistencia y Adecuación Tecnológica y por lo tanto elevará a la misma sus acuerdos y resoluciones.

## I. COMPOSICIÓN:

La Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica cuenta con los siguientes miembros.

- **Presidenta:** Doña M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saez: Médica responsable del Servicio de Medicina Preventiva.
- **Secretario:** Don Víctor Manuel Marugán Isabel: Médico adjunto del Servicio de Pediatría.
- **Don Jerónimo García Bermejo:** Director Médico.
- **Vocales:**
  - Don Martín de Castro Ciriano: Médico adjunto del Servicio de Cirugía General .
  - Doña Carmen Eiris Aradas: Farmacéutica
  - Doña Carmen Gil Valiño: Farmacéutica
  - Don José Sebastián Roldán González : Farmacéutico
  - Doña Mercedes Sánchez Jacob: Médico adjunto del Servicio de Hematología.
  - Doña M<sup>a</sup> Fe Brezmes Valdivieso: Jefa del Servicio de Microbiología.
  - Doña M<sup>a</sup> Nieves Gutiérrez Zufiaurre: Médico Adjunto del Servicio de Microbiología.
  - Don Luis López Urrutia: Médico Adjunto del Servicio de Microbiología.
  - Don Jorge Riera Cabanillas: Médico Adjunto del servicio de Traumatología.
  - Don Antonio Tinajas Saldaña: Médico adjunto del servicio de Urología.
  - Doña Ana Carolina Caballero Zirena: Médica adjunta del Servicio de Medicina Intensiva.
  - Doña M<sup>a</sup> Luisa Cotrina Sánchez: Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina Preventiva.
  - Doña Amelia León Lucas: Enfermera Supervisora de Quirófanos
  - Doña Esperanza Posadas Hernández: Enfermera Supervisora de la Unidad de Cardiología.
  - Doña M<sup>a</sup> Isabel Carrascal Gutiérrez: Enfermera Supervisora de Control de Calidad.

## II. FUNCIONES DE LOS MIEMBROS

Las funciones de esta Comisión Hospitalaria son las siguientes:

### 1. Vigilancia de la Infección hospitalaria. Este concepto incluye:

- 1.1. Estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.
- 1.2. Estudios de incidencia de infección hospitalaria.
- 1.3. Estudios de estimación de la densidad de incidencia de la I.H.
- 1.4. Estudios de estimación de la incidencia acumulada de I.H. tras el alta médica.
- 1.5. Estudios de brotes hospitalarios.

### 2. Prevención y control de la Infección hospitalaria

- 2.1. Elaboración de normas de limpieza del Hospital.
- 2.2. Aplicación de medidas de mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental.
- 2.3. Elaboración de pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.
- 2.4. Elaboración de normas de limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.
- 2.5. Normalización de lavado de manos rutinario y el quirúrgico.
- 2.6. Normalización de la política de aislamiento de pacientes.
- 2.7. Normalización de la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.
- 2.8. Normalización de la profilaxis antibiótica de enfermos quirúrgicos.
- 2.9. Normalización de la inserción y mantenimiento del catéter vesical.
- 2.10. Normalización de la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico central y central de inserción periférica.
- 2.11. Normalización de la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.

### 3. Son funciones exclusivas de la Presidenta de la Comisión:

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



MANUAL DE FUNCIONAMIENTO  
COMISIÓN DE INFECCIONES

Los miembros de la Comisión se organizan en los siguientes grupos de trabajo, que en la mayoría de los casos cuentan con miembros comunes:

**GRUPO 1:** M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saez  
M<sup>a</sup> Fe Brezmes Valdivieso  
Luis M<sup>a</sup> López- Urrutia  
M<sup>a</sup> Luisa Cotrina Sánchez  
Mercedes Sánchez Jacob  
Esperanza Posadas Hernández  
Ana Carolina Caballero Zirena  
Nieves Gutiérrez Zufiaurre.  
Víctor Marugan Isabel

Al grupo 1 se le asigna las funciones de Vigilancia de la infección hospitalaria.

**GRUPO 2:** Mercedes Sánchez Jacob.  
José Sebastián Roldán González

Al grupo 2 se le asigna el control de la infección en paciente neutropénico.

**GRUPO 3:** M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saez  
M<sup>a</sup> Carmen Eiris Aradas  
M<sup>a</sup> Carmen Gil Valiño  
Martín Ciriano Castro  
Antonio Tinajas Saldaña  
M<sup>a</sup> Fe Brezmes Valdivieso.

Al grupo 3 se le asigna la normalización de la profilaxis antibiótica quirúrgica.

**GRUPO 4:** M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saez  
Antonio Tinajas Saldaña

Al grupo 4 se le asigna:

- La normalización de pautas higiénicas en bloque quirúrgico:
- Lavado de manos rutinario y quirúrgico.
- Preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO  
COMISIÓN DE INFECCIONES

**GRUPO 5:** Antonio Tinajas Saldaña  
M<sup>a</sup> Isabel Carrascal Gutiérrez

Al grupo 5 se le asigna la normalización de inserción y mantenimiento de catéter vesical.

**GRUPO 6:** M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saez  
M<sup>a</sup> Luisa Cotrina Sánchez  
M<sup>a</sup> Esperanza Posadas Hernández  
M<sup>a</sup> Amelia León Lucas.

Al grupo 6 se le asigna la normalización de la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico, central y central de inserción periférica.

**GRUPO 7:** M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saéz  
Ana Carolina Caballero Zirena.

Al grupo 7 se le asigna la normalización de la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.

**GRUPO 8:** M<sup>a</sup> Soledad Martínez Saez  
M<sup>a</sup> Luisa Cotrina Sánchez.

Al grupo 8 se le asigna la normalización de:

- Limpieza del hospital
- Limpieza, desinfección y esterilización de material médico/quirúrgico reutilizable.
- Recomendaciones para mantenimiento de la bioseguridad ambiental.

### **III. NOMBRAMIENTO, SUSTITUCIONES Y RENOVACIONES.**

Los miembros de la Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y política Antibiótica serán nombrados por la Dirección médica a propuesta de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, tras la convocatoria para la presentación de candidatos, que se realizará por escrito de forma individualizada a todo el personal implicado.

Los miembros de la Comisión serán seleccionados por su carácter de expertos en temas relacionados con la Infección Hospitalaria y/o Política Antibiótica.

El 50% de los miembros se someterá a renovación cada 2 años.

Cada dos años y cuando se renueve la Comisión, se procederá a nombrar un Presidente y un Secretario , no existiendo limite en el nº y tiempo para desempeñar estas funciones.

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

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

### **IV. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.**

La Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica cuenta con un reglamento de funcionamiento interno.

La frecuencia de las reuniones de la Comisión será bimensual al menos. El lugar de reuniones será la sala de reuniones de la 4º planta del bloque General del Hospital Virgen de la Concha.

## MANUAL DE FUNCIONAMIENTO COMISIÓN DE INFECCIONES

Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el Presidente, según un orden del día elaborado por escrito acompañadas del orden del día, acta de la sesión anterior y de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión.

Los acuerdos que se determinen en las reuniones de la Comisión se adoptará por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de al menos 6 miembros para que los acuerdos tengan carácter vinculante.

Todas las reuniones se reflejarán en una acta que redactará y custodiará el Secretario, emitiendo una copia a la Comisión Central de Garantía de Calidad.

Para el desempeño de las funciones de la Comisión, se han constituido 8 grupos de trabajo, no excluyentes, teniendo en cuenta en su constitución su experiencia, conocimiento en los diferentes contenidos de la Comisión. La elaboración de Normas sobre Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Hospitalaria se realizará de acuerdo a la máxima evidencia científica disponible actualmente.

# **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

## **Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.**

COMISIÑON DE INVESTIGACIÓN  
COMISIÓN DE DOCENCIA  
COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

PÁGINA 2  
PÁGINA 16  
PÁGINA 23

## INDICE

CAPÍTULO	DESCRIPCIÓN
1	Datos de la empresa
2	Índice de versiones del documento, aprobaciones y anulaciones
3	Responsabilidad de la dirección
4	Sistema de Calidad
5	Miembros de la comisión
6	Reglamento
7	Funciones y objetivos
8	Listado de clientes y proveedores
9	Control de los procesos
10	Control de documentación y datos
11	Control de productos no conformes
12	Acciones correctoras y preventivas
13	Control de los registros de la calidad
14	Técnicas estadísticas

### 1

## Datos de la empresa

Nombre de la empresa:  
Institución:  
Dirección:

**COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA  
SACYL**

**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA**

AVDA. REQUEJO Nº 35 - 49022 ZAMORA  
Teléfono: 980 548 200  
Página web: <http://www.calidadzamora.com>  
Correo electrónico: [ucalid@hvcn.sacyl.es](mailto:ucalid@hvcn.sacyl.es)

**HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA**

C/ HERNÁN CORTÉS Nº 40 – 49021 ZAMORA  
Teléfono: 980 520 200

**HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE**

C/ LUISA MOZO Nº 6 – 49600 BENAVENTE (ZAMORA)  
Teléfono: 980 631 900

### 2

## Índice de versiones del documento, aprobaciones y anulaciones

Número de versión	Fecha de aprobación	Fecha de anulación
1		

**3**

**Responsabilidad de la dirección**

- El Director Gerente del Hospital Virgen de la Concha dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital, en el que se sustenta la creación y funcionamiento de la Comisión de Investigación y Protocolos.
- Ha acordado con el coordinador de calidad y con los miembros de esta comisión el tiempo de dedicación necesario para el funcionamiento de la Comisión de Investigación y Protocolos..
- Supervisa el funcionamiento de la Comisión de Investigación y Protocolos a través de la información que recibe del Coordinador de Calidad, y la documentación generada por la comisión que le es remitida.
- Facilita recursos a esta Comisión de Investigación y Protocolos..
- Facilita la sistematización de las reuniones de esta Comisión de Investigación y Protocolos.,

**4**

**Sistema de Calidad**

El sistema de calidad que se aplicará en el Hospital Virgen de la Concha incluye a esta Comisión de Investigación y Protocolos..

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

El Hospital Virgen de la Concha y esta comisión se responsabilizan de mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de calidad mediante:

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

**5 Miembros de la comisión**

NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	UNIDAD-SERVICIO
--------	-----------------------	-----------------

**PRESIDENTE**

Miguel ARIASPACIENCIA	JEFE DE SECCION	M.Interna
-----------------------	-----------------	-----------

**SECRETARIA**

Teresa ANTOLIN GARCIA	F.E.A.	NEUMOLOGIA
-----------------------	--------	------------

**VOCALES**

ISIDORO SÁNCHEZ BLANCO	F.E.A.	REHABILITACIÓN
Mª ISABEL GARCIA ARROYO	F.E.A.	NEUMOLOGÍA 1
CARLOS OCHOA SANGRADOR	F.E.A.	PEDIATRIA
TERESA GARCIA RIVERA	RESPONSABLE	FORMACIÓN
Mº ESTRELLA MARTÍN FRAILE	F.E.A.	REHABILITACIÓN
ANGELICA SÁNCHEZ PEREZ	RESPONSABLE	HEMODIÁLISIS
MARTÍN L. VARGAS ARAGON	F.E.A.	PSIQUIATRIA
Mª ESTRELLA FERNÁNDEZ VIVAS	D.U.E.	HEMODIÁLISIS
ANSELMA FERNÁNDEZ TESTA	F.E.A.	URGENCIAS
Mª CRUZ MATO MONTOTO	D.U.E.	QUIRÓFANO
MªBenedicta GAYOSO LAVANDERIRA	D.U.E.	C.EXTERNA
ENRIQUE GONZALEZ SÁNCHEZ	F.E.A.	ORL
JUAN J. CASTRO MONTERO		OFTALMOLOGÍA (H.Benav.)
Mª LUZ MARTINEZ GUTIERREZ	D.U.E.	PSIQUIATRIA (H.Provincial)
Mª SOL PARADERO SÁNCHEZ	D.U.E.	PSIQUIATRIA (H.Provincial)
JULIAN BARBA HERNÁNDEZ		ADMISIÓN (ADM)
Mª PAZ GOMEZ PEROY	D.U.E.	NEUMOLOGÍA
LUIS M. PALOMAR RODRÍGUEZ	F.E.A.	M. INTERNA
JOSE MIGUEL ALONSO SÁNCHEZ	F.E.A.	RADIOLOGÍA
JOSE CARLOS GOMEZ SÁNCHEZ	F.E.A.	NEUROLOGÍA



**NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO**

La Comisión de Investigación y Protocolos sigue las Normas de Funcionamiento de las Comisiones Clínicas que se recogen en el Manual de Calidad.

**REGLAMENTO INTERNO**

De acuerdo con el **artículo 14º del Capítulo IV relativo al FUNCIONAMIENTO INTERNO de las Normas de Funcionamiento de las Comisiones Clínicas la Comisión de Investigación y Protocolos sigue el siguiente Reglamento Interno.**

**Artículo 1º**

De acuerdo con el real Decreto 521/1987 sobre Reglamento de Hospitales del Sistema Nacional de Salud, el Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL, considerando lo que se venía haciendo hasta ahora y consultados los Órganos de Asesoramiento Hospitalario correspondientes, se considera constituida la Comisión de Investigación y Protocolos. Su ámbito de actuación es el Complejo Asistencial de Zamora.

**Artículo 2º**

El equipo directivo del hospital podrá modificar la Comisión de Investigación y Protocolos, a propuesta de la Comisión Central de Garantía de Calidad y con el conocimiento de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

**Artículo 3º**

La Comisión de Investigación y Protocolos depende de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica. Elevará a la misma sus acuerdos y resoluciones.

**Artículo 4º**

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

**Artículo 5º**

La Comisión de Investigación y Protocolos estará constituida por un mínimo de 8 miembros y un máximo de 14 y se estructurará en Presidente, Secretario y Vocales.

**Artículo 6º**

Los miembros de la Comisión de Investigación y Protocolos serán seleccionados en función de su formación, experiencia e implicación en investigación. Se tratará de incorporar a la comisión representantes de las principales líneas de investigación del Complejo Asistencial, así como de las Áreas de Formación e Investigación en Enfermería y de Docencia y Formación Especializada. Podrá ser Presidente/a cualquier profesional sanitario del Complejo Asistencial. Podrán ser Vocales o Secretario cualquier profesional sanitario o no sanitario del Complejo Asistencial. Será miembro nato de la comisión el responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Los miembros de la Comisión de Investigación y Protocolos participarán con carácter personal sin considerárseles representantes de sus Servicios o Áreas de procedencia.

**Artículo 7º**

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

**Artículo 8º**

El Coordinador de Calidad no será miembro de la Comisión de Investigación y Protocolos, aunque podrá asistir con voz pero sin voto a las reuniones de la misma, para realizar las tareas establecidas en función de su cargo.

**Artículo 9º**

El 50% de los miembros de la Comisión de Investigación y Protocolos se someterá a renovación cada 2 años, siguiendo el mecanismo de selección indicado en el artículo 4º.

**Artículo 10º**

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

**Artículo 11º**

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

**Artículo 12º**

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

**Artículo 13º**

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

**Artículo 14º**

Cada dos años, y cuando se renueve, la Comisión de Investigación y Protocolos procederá a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones. La elección de Presidente y Secretario se realizará por votación, precisándose mayoría simple de los asistentes, y la presencia de, al menos, 2/3 de los miembros de la Comisión. Se evitará sustituir al mismo tiempo al Presidente y Secretario para asegurar el buen funcionamiento de la comisión.

**Artículo 15º**

Son funciones del Presidente de la Comisión de Investigación y Protocolos.

- Convocar las reuniones ordinarias y extraordinarias de la comisión.
- Dirigir y moderar las reuniones de la comisión.
- Invitar a las reuniones a expertos o consultores cuando se estime necesario.
- Mantener, junto al Secretario, la correspondencia con la Dirección Médica / Gerencia y Autoridades Sanitarias.
- Firmar, junto con el Secretario, las actas de las reuniones.
- Realizar y firmar, junto con el Secretario, la memoria anual de la comisión
- Velar por el cumplimiento de las Normas y Procedimientos de la comisión.
- Representar a la Comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.

Son funciones del Secretario de la Comisión de Investigación y Protocolos:

- Elaborar las actas de las reuniones y darlas a conocer a los miembros de la comisión en los plazos previstos.
- Enviar a todos los miembros de la comisión la convocatoria de las reuniones, el orden del día y una copia de los documentos sobre los que se vaya a deliberar.
- Firmar los informes de la comisión y comunicar las decisiones a los peticionarios.
- Asistir al Presidente en la correspondencia con la Dirección Médica / Gerencia y Autoridades Sanitarias.
- Redactar y firmar, junto con el Presidente, las actas de las reuniones.
- Realizar y firmar, junto con el Presidente, la memoria anual de la comisión.
- Controlar el archivo y la correspondencia.
- Velar por el cumplimiento de las Normas y Procedimientos de la comisión.
- Asumir la presidencia de la comisión, en caso de que esté ausente el Presidente.

Son funciones de los Vocales de la Comisión de Investigación y Protocolos:

- Asistir a las reuniones.
- Realizar los trabajos de revisión o análisis que les sean asignados.
- Solicitar la convocatoria de reuniones extraordinarias cuando lo crea necesario.
- Velar por el cumplimiento de las Normas y Procedimientos de la comisión.

Todos los miembros de la comisión asumen el compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre datos sensibles, que conozcan por su pertenencia a la comisión.

Los miembros de la comisión no se pueden atribuir la representación de la misma, salvo que les haya sido atribuida expresamente para cada caso.

#### **Artículo 16°**

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

#### **Artículo 17°**

Los acuerdos de la Comisión de Investigación y Protocolos se adoptarán por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de 2/3 de los miembros para que tengan carácter vinculante.

#### **Artículo 18°**

La Comisión de Investigación y Protocolos deberá realizar al menos 4 reuniones al año, valorándose reuniones extraordinarias en el caso de que sea necesario. La duración máxima de las reuniones será de 2 horas. Si el debate excediera de este tiempo se continuará en otra sesión que se realizará en un plazo no superior a 7 días.

#### **Artículo 19°**

Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el presidente, según el orden del día elaborado y serán notificadas al menos con una semana de antelación, por escrito, acompañada del orden del día, acta de la sesión anterior y de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión. Además de las reuniones convocadas a iniciativa del Presidente, las reuniones podrán ser convocadas por la mitad más uno de los miembros de la comisión.

**Artículo 20°**

La Comisión de Investigación y Protocolos se reunirá habitualmente en las dependencias de la Unidad de Apoyo a la Investigación.

**Artículo 21°**

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

**Artículo 22°**

La Comisión de Investigación y Protocolos podrá constituir cuantas subcomisiones o grupos de trabajo sean necesarios para una mejor realización de su actividad. Los acuerdos de los mismos deberán ser sometidos a la reunión formal de la Comisión.

**Artículo 23°**

La Comisión de Investigación y protocolos podrá invitar a sus reuniones con voz pero sin voto, a todos aquellos profesionales de los que sea preciso recabar opiniones o información.

**Artículo 24°**

Toda la documentación generada por la comisión, será archivada en un lugar seguro, y sólo accesible a los miembros de la comisión, Comisión de Dirección, Comisión Central de Garantía de Calidad, auditorías reglamentarias y autoridades sanitarias. La documentación será guardada durante al menos 15 años.

**Artículo 25°**

Como objetivos propios de la Comisión de Investigación y Protocolos se establecen:

1. Asesorar a los Órganos Directivos sobre áreas prioritarias, carencia y desarrollo de planes de Investigación.
2. Discutir las propuestas de los grupos más activos en investigación.
3. Supervisar la asignación de recursos a las diferentes líneas de investigación.
4. Informar las solicitudes de evaluación de los proyectos de Investigación de acuerdo con las normativas vigentes.
5. Coordinar actividades con otras Comisiones del Complejo Asistencias.
6. Asesorar y asistir al responsable de la Unidad de Investigación.
7. Representar a los profesiones específicamente dedicados a investigación.
8. Elaborar anualmente la Memoria de Investigación del Complejo Asistencial.
9. Promover y difundir la Investigación en el Complejo Asistencial, estimulando la actividad investigadora en aquellas unidades clínicas con un potencias investigador objetivable.
10. Promover actividades complementarias para facilitar el acceso de los investigadores a las distintas fuentes de financiación.
11. Supervisar el registro de proyectos de investigación.
12. Controlar el adecuado tratamiento de la Información clínica destinada a proyectos de investigación.
13. Promover el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica.
14. Supervisar el registro de protocolos y guías de práctica clínica.
15. Estudiar las propuestas, sugerencias y reclamaciones de los profesionales sanitarios dirigidas a la Comisión.
16. Supervisar las normas de funcionamiento de la Comisión.

**Artículo 26°**

A comienzo de año, la Comisión de Investigación pactará con el Equipo Directivo, los objetivos específicos a desarrollar durante ese periodo y cómo evaluar el cumplimiento de los mismos.

**Artículo 27°**

La modificación de este Reglamento Interno se realizará de acuerdo a los siguientes requisitos:

- La solicitud de modificación de cualquier norma o procedimiento podrá realizarla cualquier miembro de la comisión, debiendo acompañarse de una alternativa por escrito. Dicha solicitud constará en acta.
- La solicitud de incorporación de una nueva norma o procedimiento seguirá la misma forma que en el caso anterior.
- La decisión de modificación o incorporación de nuevas normas o procedimientos será aprobada por al menos 2/3 de los componentes de la comisión, ya sea en reunión ordinaria o extraordinaria. En el momento de la modificación se decidirá la fecha de entrada en vigor del nuevo procedimiento, que será la fecha que conste en el documento escrito del procedimiento, junto con el número de versión que constituya.
- En cualquier caso cada 4 años la comisión ratificará este Reglamento Interno.

## 7

## Funciones y objetivos

Objetivos:

1. Asesorar a los Órganos Directivos sobre áreas prioritarias, carencia y desarrollo de planes de Investigación.
2. Discutir las propuestas de los grupos más activos en investigación.
3. Supervisar la asignación de recursos a las diferentes líneas de investigación.
4. Informar las solicitudes de evaluación de los proyectos de Investigación de acuerdo con las normativas vigentes.
5. Coordinar actividades con otras Comisiones del Complejo Asistencial.
6. Asesorar y asistir al responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación.
7. Representar a los profesionales específicamente dedicados a investigación.
8. Elaborar anualmente la Memoria de Investigación del Complejo Asistencial.
9. Promover y difundir la Investigación en el Complejo Asistencial, estimulando la actividad investigadora en aquellas unidades clínicas con un potencias investigador objetivable.
10. Promover actividades complementarias para facilitar el acceso de los investigadores a las distintas fuentes de financiación.
11. Supervisar el registro de proyectos de investigación.
12. Controlar el adecuado tratamiento de la Información clínica destinada a proyectos de investigación.
13. Promover el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica.
14. Supervisar el registro de protocolos y guías de práctica clínica.
15. Estudiar las propuestas, sugerencias y reclamaciones de los profesionales sanitarios dirigidas a la Comisión.
16. Supervisar las normas de funcionamiento de la Comisión.

## 8

## Listado de clientes y proveedores

Se consideran clientes y proveedores de esta Comisión de Investigación y Protocolos en cuanto a receptores o suministradores de información por su parte:

- Los órganos directivos del Complejo Asistencial de Zamora.
- La Comisión Central de Garantía de Calidad.
- Las autoridades sanitarias.
- Los responsables de las distintas unidades y servicios del Complejo Asistencial.
- El personal sanitario y no sanitario del Complejo Asistencial.
- Los usuarios/pacientes a través del Servicio de Atención al Usuario.
- El Servicio de Admisión y Documentación.
- Los presidentes de otras comisiones clínicas.
- Los responsables de Formación Continuada, Docencia e Investigación.
- El Comité Ético de Investigación Clínica del Área.

Serán objeto de valoración periódica los procesos inherentes al funcionamiento de la Comisión de Investigación y Protocolos. Esta valoración se reflejará en la memoria anual de la comisión. Entre los indicadores de control de procesos se incluirán al menos:

- Adecuada periodicidad de las reuniones.
- Adecuado contenido de las convocatorias de reuniones.
- Adecuado contenido de las actas y control de su archivo y remisión a la Dirección.
- Control del nivel de asistencia a las reuniones
- Control de la entrada y salida de correspondencia
- Control del registro de proyectos de investigación
- Control del registro de protocolos clínicos
- Custodia de la documentación (actas e informes).
- Revisión bianual del reglamento interno y normas de funcionamiento
- Elaboración de memoria anual

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

Toda la documentación generada por la comisión, será archivada en un lugar seguro, y sólo accesible a los miembros de la comisión, Comisión de Dirección, Comisión Central de Garantía de Calidad, auditorías reglamentarias y autoridades sanitarias. La documentación será guardada durante al menos 15 años.



**11**

**Control de productos no conformes**

Se establecerán criterios de evaluación periódicos, al menos una vez al año, para los indicadores de control de procesos reflejados en el capítulo 9º. La evaluación de estos criterios serán reflejados en la memoria anual.

Los indicadores mínimos serán

<b>Proceso controlado</b>	<b>Criterios de evaluación</b>
Adecuada periodicidad de las reuniones.	Nº de reuniones – 4 Reuniones ordinarias Reuniones extraordinarias
Adecuado contenido de las convocatorias de reuniones.	Porcentaje de convocatorias correctas
Adecuado contenido de las actas y control de su archivo y remisión a la Dirección.	Porcentaje de actas correctas Porcentaje de actas remitidas a Dirección.
Control del nivel de asistencia a las reuniones	Porcentaje de reuniones con 2/3 de los miembros Porcentaje de miembros con 2 faltas seguidas Porcentaje de miembros con 3 o más faltas
Control de la entrada y salida de correspondencia	Si / No
Custodia de la documentación (actas e informes).	Si / No
Evaluación periódica del registro de proyectos de investigación	Al menos una evaluación anual
Evaluación periódica del registro de protocolos clínicos	Al menos una evaluación anual
Evaluación periódica del grado de difusión de las convocatorias de ayudas de investigación	Al menos una evaluación anual
Evaluación periódica de los proyectos presentados a evaluación por agencias de financiación	Al menos una evaluación anual
Evaluación periódica de la producción científica de los proyectos de investigación	Al menos una evaluación anual. Cuantificación de número e impacto
Evaluación periódica de las acciones de formación y promoción de la Investigación	Al menos una evaluación anual
Revisión bianual del reglamento interno y normas de funcionamiento	Si / No
Memoria anual	Si / No

Proceso controlado	Acciones correctoras-preventivas
Adecuada periodicidad de las reuniones.	Programación anticipada y consensuada de las reuniones
Adecuado contenido de las convocatorias de reuniones.	Inclusión de toda la documentación a evaluar en cada reunión
Adecuado contenido de las actas y control de su archivo y remisión a la Dirección.	Redacción y revisión de versiones preliminares del acta Repaso rápido de los temas tratados al final de cada reunión
Control del nivel de asistencia a las reuniones	Convocatoria anticipada y consensuada de las reuniones. Remisión de escrito informativo a los miembros de la comisión que falten a 2 reuniones seguidas.
Control de la entrada y salida de correspondencia	Elaboración y seguimiento de un registro de entrada y salida
Custodia de la documentación (actas e informes).	Armario-Archivador de la documentación con llave.
Evaluación periódica del registro de proyectos de investigación	Creación de una subcomisión delegada
Evaluación periódica del registro de protocolos clínicos	Creación de una subcomisión delegada
Evaluación periódica del grado de difusión de las convocatorias de ayudas de investigación	Auxiliar al personal de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Utilización de sistemas de información electrónicos (Correo Intranet)
Evaluación periódica de los proyectos presentados a evaluación por agencias de financiación	Auxiliar al personal de la Unidad de Apoyo a la Investigación
Evaluación periódica de la producción científica de los proyectos de investigación	Informe a los responsables de los distintos servicios y unidades y al gerencia
Evaluación periódica de las acciones de formación y promoción de la Investigación	Auxiliar al responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Colaboración con los responsables de Formación Continuada
Revisión bianual del reglamento interno y normas de funcionamiento	Creación de un grupo de trabajo que elabore una propuesta
Elaboración de memoria anual	

**13**

**Control de los registros de la calidad**

Los criterios de evaluación reflejados en el capítulo 11 se registrarán al menos una vez al año y se reflejarán en la memoria anual.

**14**

**Técnicas estadísticas**

La estimación de los criterios de evaluación se basará en estudios descriptivos sobre el total de la información o muestras significativas. Se calcularán frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia y dispersión e intervalos de confianza al 95%.

**MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**  
**Comisión de Docencia.**

HOSPITAL "VIRGEN DE LA CONCHA" ZAMORA  
COMISIÓN DE DOCENCIA

**REGLAMENTO DE LA COMISION DE DOCENCIA DE**  
**ATENCION ESPECIALIZADA**

***PRIMERO. Objeto.***

1.- La presente Orden de 22 de junio de 1995 regulan las Comisiones de Docencia y los demás órganos, unipersonales y colegiados, a los que compete la organización y supervisión de los periodos formativos que se realizan en los centros e instituciones sanitarias por licenciados en Medicina Especializada , así como los sistemas de evaluación de dicha formación.

2.- Lo previsto en esta Orden se aplicará , igualmente a los periodos formativos que, conforme a lo previsto en el artículo 104 de la Ley General de Sanidad, se desarrollen en los centros e instituciones sanitarias para la formación especializada de otros licenciados universitarios no citados en el número anterior.

***SEGUNDO. Comisiones de Docencia: Constitución y funciones.***

1.- En cada hospital acreditado para la formación en especialidades médicas se constituirá una Comisión de Docencia.

2.- Corresponden a las Comisiones de Docencia las siguientes funciones:

a).- La organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para Especialidades que se lleven a cabo en el centro, y el control de del cumplimiento de los objetivos que conforman su programas de formación.

b).- La supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración con la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias, del centro.

c).- La programación anual de las actividades de formación especializada del centro y el establecimiento de los planes individuales para cada Especialista en formación de acuerdo con los programas aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia para cada especialidad.

d).- El informe a la Gerencia o a la Dirección del centro sobre la propuesta de oferta anual de plazas de formación especializada del mismo.

e).- La emisión de informe a las autoridades administrativas, cuando las circunstancias así lo demanden.

f).- La solicitud de realización de auditorias docentes en el Centro, cuando las circunstancias así lo demanden.

g).- La realización de los informes que les sean solicitados por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

### **Comisión de Docencia.**

h).- La elaboración y aprobación de la Memoria anual de actividades de formación especializada desarrolladas en el centro.

3.- La Comisión de Docencia extenderá sus competencias a todos los servicios asistenciales del hospital que impartan formación especializada para licenciados, y se relacionará con los órganos de dirección del centro a través de la dirección médica.

La Gerencia o Dirección del hospital facilitará los medios materiales y humanos que resulten necesarios para el correcto desarrollo de las funciones que corresponden a la Comisión de Docencia.

#### ***TERCERO. Comisiones de Docencia: Régimen de funcionamiento.***

1.- La Comisión de Docencia se reunirá como mínimo, una vez al trimestre.

La citación para las reuniones, que especificará el orden del día de la sesión, deberá estar en poder de los miembros de la Comisión de Docencia con cuarenta y ocho horas, al menos, de antelación al momento de su celebración.

Para la válida constitución de la Comisión de Docencia se requerirá, en primera convocatoria, la asistencia del Presidente, del Secretario, o de quienes les sustituyan, y de la mitad, al menos, de sus miembros.

En segunda convocatoria, si la misma está prevista en la citación, será suficiente para la válida constitución de la Comisión de Docencia la asistencia del Presidente, del Secretario, o de quienes les sustituyan, y de un tercio de los vocales.

2.- Los acuerdos se adoptarán por mayoría simple de votos, salvo en los casos en que una disposición exija una mayoría cualificada.

No podrán ser objeto de deliberación o acuerdo materias que no figuren en el orden del día de la sesión, salvo que estén presentes todos los miembros de la comisión y sea declarada la urgencia del asunto por mayoría absoluta.

3.- De cada sesión se levantará acta por el Secretario en la que se especificará los asistentes, el orden del día, las circunstancias de lugar y tiempo de la reunión, los puntos principales de la deliberación y los acuerdos adoptados.

Las actas serán aprobadas en la misma o en la siguiente sesión de la Comisión. Una vez aprobadas, las actas tendrán carácter público.

#### ***CUARTO. Comisión de Docencia: Composición.***

1.- La presidencia de la Comisión de Docencia corresponderá al Jefe de Estudios del hospital.

Corresponden al Presidente, que dirimirá con su voto los empates que se produzcan en el momento de adopción de acuerdos, así como la gestión de los recursos materiales y humanos que la Dirección del centro destine al apoyo administrativo de la Comisión de Docencia.

2.- Los vocales, a los que corresponderán las funciones serán designados de la forma siguiente:

a).- Cinco Vocales en representación de los tutores de los programas de formación elegidos, para un periodo de tres años, entre los propios tutores.

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO Comisión de Docencia.**

- b).-Cinco Vocales en representación de los especialistas en formación elegidos por los adscritos al centro entre los que se encuentren realizando el segundo o sucesivos años del programa de la especialidad, para un periodo de un año.
- c).- Un Vocal designado por la comunidad Autónoma en cuyo territorio se encuentre el hospital.
- d).- El coordinador de la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
- e).- Un facultativo especialista designado, para un periodo de tres años, por la Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada, u órgano equivalente, del hospital.
- f).- Un vocal en representación del personal administrativo del hospital, designado por la correspondiente Junta de Personal para un periodo de tres años.

3.- El Secretario de la Comisión, con voz pero sin voto en las reuniones de la misma, será designado por la Gerencia o Dirección del hospital entre el personal de los servicios administrativos. De igual forma se designará un Secretario suplente que sustituirá al titular en caso de vacante, ausencia o enfermedad.

Corresponderá al Secretario las funciones de atender el funcionamiento administrativo de la Comisión de Docencia y al mantenimiento de los archivos de la misma, donde se custodiarán los expedientes docentes de los Especialista en formación.

4.- El vicepresidente de la Comisión, que sustituirá al Presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad, será designado por acuerdo adoptado por la mayoría absoluta de sus miembros.

5.- Los Vocales a que se refieren las letras a), b), e) y f) del número 2 de este apartado cesarán al término del mandato para el que fueron designados, por renuncia, o cuando pierdan la condición en virtud de la cual fueron elegidos.

Cuando se produzca el cese de uno de los Vocales a que se refiere el párrafo anterior con anterioridad a los seis meses del término del mandato, se procederá a la elección de un sustituto, que desempeñará la vocalía de la Comisión hasta la finalización del tiempo que correspondiera al sustituido.

### ***QUINTO. Jefatura de Estudios.***

1.- El Jefe de Estudios será nombrado por la Gerencia o Dirección del hospital, a propuesta de la dirección médica y oída la Comisión de Docencia, entre facultativos especialistas del mismo con acreditada experiencia clínica, docente e investigadora.

2.- Corresponde al Jefe de Estudios, además de lo dispuesto en el apartado cuatro.1, la dirección y coordinación de las actividades de los tutores de programas, la supervisión de la aplicación práctica de los programas formativos de las diferentes especialidades y la gestión de los recursos materiales y personales específicamente adscritos a la actividad docente del centro.

### ***SEXTO. Tutores de programas de formación.***

1.- En cada centro acreditado y para cada una de las especialidades cuyos programas de formación se desarrollen en el mismo, se designará el número de tutores que, en función del número de Especialistas en formación que cursen cada especialidad, determine la Comisión de Docencia.

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

### **Comisión de Docencia.**

2.- La designación de tutor se efectuará por la Gerencia o Dirección del hospital a propuesta del Jefe de la Unidad Asistencial que corresponda, entre facultativos de la institución que se encuentren en posesión del Título de Especialista que proceda.

Cuando se trate de tutores de períodos de formación extrahospitalaria, el nombramiento se efectuará por la Gerencia del Área de Atención Primaria, a propuesta del coordinador del centro de salud.

El tutor será nombrado por un periodo igual al de la duración de la formación en la especialidad. Finalizado dicho periodo será necesaria la expedición de un nuevo nombramiento, que podrá recaer nuevamente en el tutor saliente.

3.- Son funciones de los tutores:

a).- La propuesta a la comisión de docencia o a la Comisión Asesora, según proceda, de los planes individuales de formación para cada uno de los Especialistas en formación a su cargo.

b).- La supervisión directa y continuada de la realización de los programas señalados a los especialista en formación a su cargo y el control de su actividad asistencial en cuanto forme parte del programa, sin perjuicio de las facultades de dirección que competen al Jefe de la unidad asistencial.

c).- El fomento de la participación en actividades docentes e investigadoras de la unidad acreditada.

d).- la evaluación continuada de los Especialistas en formación.

e).- La elaboración de una Memoria anual de las actividades docentes con participación en cada unidad acreditada. La Memoria, una vez visada por el Jefe de la Unidad, se remitirá a la comisión de Docencia o a la Comisión asesora, según corresponda.

#### ***SEPTIMO. Evaluación continuada.***

1.- Los centros directivos correspondientes de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y consumo establecerán, conjuntamente, los criterios objetivos de evaluación del aprendizaje que, con carácter general, se aplicaran a los Especialistas en formación.

2.- La evaluación continuada será efectuada por los tutores y por los Jefes de las unidades por las que el Especialista en formación haya rotado. La evaluación se reflejará en una ficha que, una vez cumplimentada, será remitida a la Secretaría de la Comisión de Docencia o de la Comisión Asesora, para su custodia en el expediente docente del interesado.

3.- La participación de cada especialista en formación en actividades asistenciales, docentes y de investigación, así como cualesquiera otros datos de interés curricular, deberá quedar reflejada en el documento Libro del Especialista en Formación.

4.- La anotaciones del citado Libros serán visadas al menos mensualmente, por los responsables directos de la Dirección de la actividad reseñada, que deberán incorporar al mismo las observaciones que, en relación a las aptitudes y conducta profesional del Especialista en formación, resulten procedentes.

#### ***OCTAVO.- Comités de Evaluación.***

1.- Para cada una de las especialidades cuyos programas de formación se desarrollen, se constituirá un Comité de Evaluación cuya función será la evaluación anual de los Especialistas en formación.

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO Comisión de Docencia.**

La evaluación se efectuará utilizando las calificaciones de suficiente, destacado o excelente, cuando la evaluación fuera positiva, o de no apto, cuando fuera negativa.

2.- Compondrán los Comités de Evaluación:

- a) El Jefe de Estudios de centro, que presidirá el Comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
- b) Un facultativo del centro con título de Especialista de la especialidad que proceda, designado por la Comisión de Docencia, que podrá asumir la Presidencia del Comité previa delegación expresa del Jefe de Estudios.
- c) El tutor asignado al Especialista en formación que deba ser evaluado.
- d) El vocal de la Comisión de Docencia designado por la Comunidad Autónoma.

3.- Cuando se trate de la evaluación de los períodos de formación hospitalaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el coordinador de la unidad docente se incorporará, con voz y voto, al comité de Evaluación.

4.- Cuando se trate de la evaluación de períodos de formación extrahospitalaria en Medicina Familiar y Comunitaria, la composición del Comité de Evaluación será la siguiente:

- a) El coordinador de la unidad docente, que presidirá el Comité y dirimirá con voto los empates que pudieran producirse.
- b) Un facultativo con título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, designado por la Comisión Asesora.
- c) El tutor asignado al especialista en formación que deba ser evaluado.
- d) El vocal de la comisión Asesora designado por la Comunidad Autónoma.

5.- El Secretario del comité de Evaluación, con voz pero sin voto en sus reuniones, será el Secretario de la Comisión de Docencia o de la comisión Asesora, según proceda.

6.- Cuando se trate de la evaluación de períodos de formación extrahospitalaria al Comité de Evaluación se incorporará al tutor responsable del Especialista en formación durante dicho periodo.

### ***NOVENO. Evaluación anual.***

1.- La evaluación anual del Especialista en formación será efectuada por los Comités de Evaluación en la primera quincena del mes de diciembre de cada año, teniendo en consideración las anotaciones que figuren en las fichas de evaluación continuada y en el Libro de Especialista en Formación, así como los informes que, en su caso, aporten los Jefes de las unidades asistenciales.

La calificación otorgada se reflejará en el acta de la sesión del Comité de Evaluación, en la ficha de evaluación anual, y visada por el Jefe de Estudios o el coordinador de la unidad docente, en el mencionado Libro.

La calificación de cada Especialista en formación se notificará al interesado, a la Comisión de Docencia y a la Gerencia del centro.

2.- A efectos de la evaluación anual, las rotaciones externas no previstas en la acreditación otorgada al centro o unidad, sólo podrán ser tomadas en consideración si cumplen los siguientes requisitos:



## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

### **Comisión de Docencia.**

- a) Ser propuestas por el tutor al Jefe de Estudios, con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro, necesarios según el programa.
- b) Ser autorizadas por la Dirección General de Ordenación Profesional, previo informe favorable de las Comisiones de Docencia de ambos centros y compromiso de la Gerencia del centro de origen de continuar abonando al especialista en formación la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de los módulos de atención continuada que pudieran realizarse.
- c) No superar, para un mismo centro o unidad, los seis meses, ni exceder, en el conjunto del periodo formativo de la especialidad, de doce meses. Se realizarán, preferentemente, en centros acreditados ubicados en el territorio de la misma Comunidad Autónoma y sólo con carácter excepcional podrán autorizarse para centros no acreditados o de países extranjeros.
- d) Figurar, debidamente visados, en el Libro del Especialista en Formación, debiendo el centro o unidad donde las actividades se desarrollaron emitir la correspondiente ficha de evaluación.

3.- La participación del Especialista en formación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas directamente relacionados con el programa de formación seguido sólo podrá ser tomada en consideración en la evaluación anual si hubiera sido autorizada por el Jefe de Estudios a propuesta conjunta del tutor y del Jefe de la unidad asistencial.

4.- Cuando la evaluación anual sea negativa, el Comité de Evaluación decidirá entre las siguientes alternativas:

- a) Si la evaluación negativa se debiera a falta de conocimientos o insuficiente aprendizaje susceptibles de recuperación, se solicitará una recuperación específica y programada que el Especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año lectivo, conjuntamente con las actividades propias de éste. El especialista en formación será definitivamente evaluado al término del periodo de recuperación. El contrato se prorrogará inicialmente por tres meses, quedando supeditada su prórroga anual al resultado de la evaluación.
- b) Si la evaluación negativa se produjera por reiteradas faltas de asistencia no justificadas, o por notoria falta de aprovechamiento o insuficiente aprendizaje no susceptibles de recuperación, el Comité lo notificará a la Comisión de Docencia y a la Dirección del centro, a fin de que se proceda, de conformidad con el procedimiento legalmente aplicable, a la rescisión del contrato con efectividad del día 31 de diciembre.
- c) Cuando la evaluación negativa se deba a periodos prolongados de suspensión del contrato, por incapacidad laboral transitoria u otras causas legales de imposibilidad de prestación de servicios superiores al 25 por 100 de la jornada anual, la Dirección General de Ordenación Profesional, previo informe de la Comisión de Docencia, podrá autorizar la repetición completa del periodo formativo.

#### ***DECIMO. Evaluación final del periodo de residencia.***

1.- Cuando la evaluación anual corresponda al último de los años del periodo formativo, la calificación del Comité de Evaluación tendrá carácter de propuesta que, una vez informada por la Comisión de Docencia, se elevará a la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente para que ésta determine la calificación final de todo el periodo de formación.

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

### **Comisión de Docencia.**

2.- Si la evaluación final es positiva, la Comisión Nacional de la Especialidad propondrá al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del Título de Especialista. La calificación final de suficiente, destacado o excelente, se anotará en el Libro del Especialista en Formación, visada por el presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad.

3.- Si la calificación final es desfavorable el interesado podrá realizar una prueba ante la Comisión nacional de la Especialidad, que decidirá la calificación que proceda por mayoría absoluta de sus miembros.

Si no superara dicha prueba extraordinaria ante la Comisión Nacional de la Especialidad, en el plazo de un año a contar desde la realización de la anterior, cuya calificación será definitiva.

#### ***UNDÉCIMO. Evaluación de la estructura docente.***

1.- Al término de cada año lectivo el especialista en formación remitirá a la Secretaría de la Comisión de Docencia o de la Comisión Asesora, una ficha de evaluación sobre la adecuación de la organización y funcionamiento del centro a la actividad docente.

2.- La Secretaria de la Comisión de Docencia o de la Comisión Asesora deberá presentar anualmente al Pleno de la Comisión un informe en el que figuren, agregados por casa unidad asistencial, los resultados de la evaluación.

3.- Los Secretarios de las Comisiones de Docencia y de la Comisión Asesora garantizará la confidencialidad de la información contenida en cada ficha individual.

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL  
COMPLEJO ASISTENCIAL DEL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA

**CAPITULO I. CONSTITUCION DE LA COMISION**

**Artículo 1º**

De acuerdo con el Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL, quedando constituídas las Comisiones Clínicas en el Complejo Hospitalario de Zamora, se constituye la Comisión de Formación Continuada, cuyos miembros se renuevan el 10 de Noviembre de 2003, estableciendo según el Reglamento de funcionamiento de Comisiones Clínicas( RD 521/1987) que dicha Comisión queda formada por los siguientes componentes:

Ana María García Sánchez ( presidente )                      Juan Pablo Valdazo de Diego

Juan Antonio García Mellado ( secretario)                      Mercedes Gago López

Teresa García Rivera

Miguel Angel Ruano Martín    Inmaculada Encinas Carazo

Antonia Calvo Ferrero    Raquel Severino Hernández

Angel Chapa Iglesias    Teresa de Portugal Fernández de Rivera

Carmen Diego Suaña    Mª José Vicente García

Joaquina Martínez Sacristán    Javier Paniagua Olmedillas

Mariano Izquierdo Sánchez    Jose Luis Nieto Becerril

**CAPITULO II. DEPENDENCIA DE LA COMISION**

**Artículo 2º**

La Comisión de Formación Continuada depende de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica, al que elevará sus acuerdos y resoluciones.

**CAPITULO III. COMPOSICION Y RENOVACION**

**Artículo 3º**

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

**Artículo 4º**

Los miembros de la Comisión serán seleccionados por su carácter de expertos en temas de Formación, a la vez que por su interés en el desarrollo y promoción de actividades formativas. Los miembros de la Comisión no se considerarán meros representantes de sus Servicios o Áreas de procedencia.

**Artículo 5º**

El 50% de los miembros de la Comisión se someterá a renovación cada 2 años, siguiendo el mecanismo de selección indicado en el artículo 3º.

**Artículo 6º**

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

**Artículo 7º**

La pertenencia a la Comisión es voluntaria, siendo motivo de baja en la misma a petición propia, ausencia injustificada a tres reuniones seguidas y ausencia justificada a cuatro en período anual.

**Artículo 8º**

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

CAPITULO IV. FUNCIONAMIENTO INTERNO	
<b>Artículo 9º</b>	Cada dos años, coincidiendo con la renovación de la Comisión, se procederá a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones.
<b>Artículo 10º</b>	Son funciones del Presidente de la Comisión: <ul style="list-style-type: none"><li>- Presidir y dirigir las reuniones.</li><li>- Supervisar y coordinar el correcto funcionamiento de la misma.</li><li>- Representar a la Comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.</li><li>- Proponer renovación y cese justificado de miembros.</li></ul>
<b>Artículo 11º</b>	Todas las reuniones de la Comisión deberán ser reflejadas en un acta que reúna los requisitos habituales en forma y contenido para este tipo de documentos, que redactará y custodiará el Secretario, remitiendo una copia a la Comisión Central de Garantía de Calidad.
<b>Artículo 12º</b>	Los miembros de la Comisión decidirán de forma consensuada el grado de confidencialidad de lo tratado en las reuniones de la misma.
<b>Artículo 13º</b>	Los acuerdos de la Comisión se adoptarán por mayoría simple, y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de 6 miembros de la Comisión para que tengan carácter vinculante.
<b>Artículo 14º</b>	La Comisión establecerá la periodicidad de las reuniones, que nunca deberá ser inferior a 4 al año.
<b>Artículo 15º</b>	Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el Presidente, según el orden del día elaborado, y serán notificadas al menos con una semana de antelación, por escrito, acompañada del orden del día, acta de la sesión anterior y de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión.
<b>Artículo 16º</b>	El lugar habitual de reunión de la Comisión será el aula designada para tal fin en la 6ª planta del Hospital Virgen de la Concha de Zamora.
<b>Artículo 17º</b>	Al finalizar cada reunión se llegará a un acuerdo sobre fecha y hora de la siguiente, que no se modificará salvo imponderables.
<b>Artículo 18º</b>	La Comisión podrá constituir cuantas subcomisiones o grupos de trabajo sean necesarios para una mejor realización de la actividad de la misma. Los acuerdos de los mismos serán sometidos a la reunión formal de la Comisión.
<b>Artículo 19º</b>	La Comisión podrá invitar a sus reuniones con voz pero sin voto a todo aquel profesional del que sea preciso recabar opinión o información.
CAPITULO V. MISION Y OBJETIVOS	
<b>Artículo 20º</b>	Como objetivos generales de la Comisión se establecen: <ul style="list-style-type: none"><li>- Formalizar el compromiso institucional con la calidad para generalizar el concepto de</li></ul>

trabajo en calidad a todos los niveles de organización.
- Elaboración, aprobación o validación de recomendaciones y protocolos de aplicación hospitalaria.
- Análisis y monitorización de la práctica clínica en su área de interés.
- Pactar objetivos con el Equipo Directivo y en función de los mismos establecer sistemas de evaluación que permitan detectar problemas, estudiar sus causas, efectuar propuestas de mejora y hacer seguimiento de la efectividad de dichas propuestas.
- Emitir información, a requerimiento del Equipo Directivo, Junta Técnico Asistencial o Comisión Mixta, sobre materias de su competencia.
- Difundir entre los profesionales del Centro todos aquellos resultados que puedan ser relevantes para mejorar la calidad de su trabajo.
- Formación continuada en el área que le compete.
- Vigilar por el cumplimiento de la legislación vigente en el área de su competencia.
<b>Artículo 21º</b>
A comienzo de año, la Comisión pactará con el Equipo Directivo los objetivos específicos a desarrollar durante ese período, y cómo evaluar el cumplimiento de los mismos.
<b>Artículo 22º</b>
Como objetivos específicos de la Comisión se establecen:
- Organizar al menos un curso anual relacionado con la gestión de calidad, para de esta forma incrementar el número de profesionales con formación en gestión de calidad.
- Formación en seguridad y salud laboral, en colaboración con el Servicio de Prevención.
- Envío de un resumen o artículo de cada actividad formativa realizada, para publicar en la revista NuevoHospital.
- Publicación de artículos relacionados con el área en NuevoHospital.

## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO**

Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación  
de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.

## 4 Sistema de Calidad

El sistema de calidad que se aplicará en el Hospital Virgen de la Concha incluye a todos los servicios y procesos.

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

El Hospital Virgen de la Concha se responsabiliza de mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de calidad mediante:

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

## 5 Miembros de la comisión

NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	UNIDAD-SERVICIO
--------	-----------------------	-----------------

### **PRESIDENTE**

D. José M. Marín Balbín	F.E.A.	Radiodiagnóstico
-------------------------	--------	------------------

### **SECRETARIO**

Dña. María Isabel Tomé Tamame	Supervisora	Análisis Clínicos
-------------------------------	-------------	-------------------

### **VOCALES**

D. José M. Alonso Sanchez	F.E.A.	Radiodiagnóstico
Dña. Dulce M. Campos Blanco	F.E.A.	Neurología
Dña M <sup>a</sup> Isabel García Arroyo	F.E.A.	Neumología
D. José Pérez Carretero	Jefe de Servicio	Análisis Clínicos
D. Eduardo Corrales	Jefe	Mantenimiento

**NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO**

La Comisión **<COMISIÓN DE TECNOLOGÍA Y ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS>** sigue las Normas de Funcionamiento de las Comisiones Clínicas que se recogen en el Manual de Calidad.

**REGLAMENTO INTERNO**

De acuerdo con el **artículo 14º del Capítulo IV relativo al FUNCIONAMIENTO INTERNO de las Normas de Funcionamiento de las Comisiones Clínicas la Comisión <COMISIÓN DE TECNOLOGÍA Y ADECUACIÓN DE TECNOLOGÍA>** sigue el siguiente Reglamento Interno.

<TEXTO DEL REGLAMENTO INTERNO>

El reglamento interno de la Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos se ciñe a la normativa de funcionamiento de las Comisiones Clínicas del Hospital “Virgen de la Concha” en vigencia actual, con la modificación de algunos de sus artículos.

Capítulo I Constitución de la Comisión

Artículo 1º

Queda constituida de acuerdo con el Real Decreto 521/1987.

Artículo 2º

La Dirección podrá modificar las Comisiones a propuesta de la Comisión Central de Garantía de Calidad.

Capítulo II Dependencia de la Comisión

Artículo 3º

La Comisión depende de la Comisión Central de Garantía de Calidad elevando a la misma sus acuerdos y resoluciones.

Capítulo III Composición y Renovación

Artículo 4º

Los miembros de la Comisión serán nombrados por la Dirección Médica tras la convocatoria para la presentación de candidatos.

Artículo 5º

El número de miembros no será inferior a 8 ni superior a 12, salvo necesidades a propuesta de la propia Comisión.

Artículo 6º

Los miembros, en lo posible, deberán proceder de las diferentes áreas como Servicios Centrales, área médica y quirúrgica, y no podrán considerarse representantes de las mismas.

Artículo 7º y 8º



Los miembros de la Comisión de Dirección ni el Coordinador de Calidad podrán ser miembros de la Comisión, aunque podrán asistir con voz pero sin voto a las reuniones de la misma.

**Artículo 9º**

La renovación es deseable cada 2 años sobre todo de los cargos de Presidente y Secretario, en caso de reelección, no podrán permanecer más de 4 años, recomendándose primero a propuesta voluntaria y segundo por sorteo la renovación de dichos cargos.

**Artículo 10º**

La permanencia en la Comisión es voluntaria y sus miembros pueden ser candidatos sin límite de veces y tiempo.

**Artículo 11º**

De forma excepcional y justificada se puede proponer la renovación completa de la Comisión Clínica a propuesta de la Comisión Central de garantía de calidad.

**Artículo 12º**

Son motivos de baja en la Comisión:

- La ausencia injustificada a tres reuniones seguidas.
- La ausencia a cuatro reuniones durante un período de un año.
- Petición propia de renuncia.

**Artículo 13º**

La incorporación de nuevos miembros fuera de los periodos naturales de renovación, se realizará por solicitud del interesado dirigida a la Dirección Médica quien la propondrá a la Comisión Central de Garantía de Calidad.

**Capítulo IV. Funcionamiento Interno**

**Artículo 14º**

La Comisión tiene un reglamento de funcionamiento interno que será congruente con lo establecido en el presente reglamento general.

**Artículo 15º**

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

**Artículo 16º**

Son funciones del Presidente de la Comisión:

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

**Artículo 17º**

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

Artículo 18°

Los acuerdos de las Comisiones se adoptarán por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de un mínimo del 50% de los miembros para que tengan carácter vinculante.

Artículo 19°

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

Artículo 20°

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

Artículo 21°

La comisión tiene designado en su reglamento el lugar habitual de las reuniones (sala de reuniones de Análisis Clínicos)

Artículo 22°

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

Artículo 23°

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

Artículo 24°

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

Capítulo V. Misión y Objetivos.

Artículo 25°

La función de la Comisión deber ser asesorar a los órganos directivos del hospital en el área de adecuación tecnológica de los medios diagnósticos y terapéuticos.

Artículo 26°

Como objetivo general de la Comisión TAMDT se establecen los siguientes:

1. Conocer los medios y procedimientos técnicos que se emplean en el área hospitalaria, así como su grado de utilización, su adecuación a las necesidades asistenciales y su rendimiento.
2. Establecer las prioridades de dotación de medios tecnológicos sobre la base de la demanda asistencial del Hospital.

Ademas consideramos los objetivos generales de las Comisiones Clínicas aplicables en nuestra Comisión como son los siguientes:

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

#### Artículo 27º

A comienzo de año, pactará con el Equipo Directivo, los objetivos específicos a desarrollar durante ese período y cómo evaluar el cumplimiento de los mismos.

#### Anexo I

Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos – Hospital “Virgen de la Concha”

### **Guía para la evaluación de la inadecuación de estancias del GRD propuesto**

#### **Introducción**

**La Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos (TAMDT) evalúa la adecuación de estancias del GRD proporcionado por el Servicio de Admisión aplicando el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).**

Este estudio tiene como objetivo el determinar las principales causas de inadecuación de estancias y proponer posibles acciones para evitarlas.

#### **Material**

**Información del GRD proporcionado por el Servicio de Admisión y las historias clínicas de los pacientes proporcionada por el Archivo General.**

#### **Método**

1.- El Servicio de Admisión nos proporcionará la información de las estancias inadecuadas y el GRD con mayor número de estancias inadecuadas.

Nos proporcionará información de las historias clínicas con nº de la misma, edad, sexo, días de estancia, Servicio al que pertenece el alta del GRD, fecha de ingreso y alta.

2.- Se realiza un estudio retrospectivo sobre una muestra aleatoria simple del total días de estancia que generaron los pacientes del GRD a evaluar durante el año (altas desde el 1-1 al 31-12).

Para la determinación de la muestra aleatoria se sigue el siguiente procedimiento:

- a. Se determina el número de días de estancia totales.
- b. Se determina consecutivamente el intervalo de días de estancia de cada uno de los pacientes para poder asignarle un número aleatorio, de tal manera que cada día de estancia pertenezca a una fecha y paciente que coincidan con el intervalo de fechas de ingreso y de alta.
- c. Se determina el tamaño muestral estadísticamente especificado, generalmente usando un muestreo aleatorio simple.
- d. A cada número aleatorio le corresponde una fecha y paciente del GRD estudiado.
- e. Se procede al reparto de los días que cumplan los criterios de inclusión del protocolo AEP a los miembros de la Comisión según orden alfabético de sus Apellidos.

3.- Se excluyen los días de estancia que coincidan con el día de alta del paciente como lo especifica el protocolo.

4.- Los restantes días se procede a su evaluación aplicando el protocolo AEP versión en castellano de la Fundación Avedis Donabedian con una sistemática revisión de la historia clínica correspondiente.

**a. La evaluación del día de estancia comprende una primera parte en la que se valora la adecuación con una hoja del protocolo en la que existen 16 criterios en el caso que el día evaluado sea un día de ingreso y 25 criterios si fuera un día posterior al mismo.**

El cumplimiento de un solo criterio es suficiente para considerar **adecuado** el día de estancia. Dicho criterio o criterios serían considerados como causas de adecuación.

b. La segunda parte de la evaluación viene dada si el día de estancia no cumpliera ningún criterio de adecuación considerándose entonces **inadecuado**.

En este caso se buscaría la causa de inadecuación que viene en hoja aparte, 14 para el ingreso y 22 para los demás días, pudiendo existir más de una causa de inadecuación para un día de estancia.

5.- Se recogerá los datos de la población y muestra del estudio:

Población del GRD

Pacientes  
Estancia X días

Estancia media

Muestra del GRD

Pacientes  
Estancia a evaluar Y días  
Excluidos Z Total W días  
Estancia media

Rango  
Edad media  
Rango  
Sexo 1  
2

Rango  
Edad media  
Rango  
Sexo 1  
2

### **Resultados**

Se procederá a la descripción de los **Resultados** según el modelo siguiente:

**Se evaluaron Y días de los X días de estancia del GRD evaluado correspondiendo la población muestral a un % de la población total.**

De estos Y días, Z coincidían con el día de alta siendo excluidos como lo estipula el protocolo de evaluación EAP.

De los restantes W días, solo V cumplían criterios de adecuación (Especificar Criterios).

El resto, U días, fueron considerados inadecuados (Evaluar porcentaje, causa y criterios de inadecuación ).

Especificar porcentaje de inadecuación.

### **Discusión**

Se remarcará los hallazgos más significativos determinando las causas de inadecuación se elaborarán las conclusiones que incluirán recomendaciones consensuadas por la Comisión a raíz de los resultados antes de entregar el estudio.

***La Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos en sesión ordinaria aprobará las conclusiones***

La función de la Comisión deber ser asesorar a los órganos directivos del hospital en el área de adecuación tecnológica de los medios diagnósticos y terapéuticos.

Como objetivo general de la Comisión TAMDT se establecen los siguientes:

1. Conocer los medios y procedimientos técnicos que se emplean en el área hospitalaria, así como su grado de utilización, su adecuación a las necesidades asistenciales y su rendimiento.
2. Establecer las prioridades de dotación de medios tecnológicos sobre la base de la demanda asistencial del Hospital.

**8**

**Listado de clientes y proveedores**

**Clientes**

- Dirección Médica
- Coordinador de Calidad
- Servicios médicos de las diferentes Áreas del Hospital

**Proveedores**

- Dirección Médica
- Unidad de Admisión

**9**

**Control de los procesos**

Dentro de los objetivos pactados anualmente se encuentra la evaluación de las estancias inadecuadas que sigue el siguiente control:

1º Determinación del GRD con mayor número de estancias inadecuadas.

Unidad de Admisión y Comisión TAMDT

2º Modelo muestral de evaluación

Unidad de Investigación y Comisión TAMDT

3º Designación de evaluadores y Asignación de Historias Clínicas

Presidente y Secretario de la Comisión

4º Evaluación de resultados

Comisión TAMDT

**10**

## **Control de documentación y datos**

Actas de reuniones ordinarias y extraordinarias

- Presidente y Secretario de la Comisión

Los documentos serán archivados por el Secretario y remitidos a Dirección Médica

Informes de Evaluaciones o Estudios

- Comisión en pleno

Los documentos serán archivados por el Secretario y remitidos a Dirección Médica

**11**

## **Control de productos no conformes**

**12**

## **Acciones correctoras y preventivas**

**13**

## **Control de los registros de la calidad**

**14**

## **Técnicas estadísticas**

Para los estudios o evaluaciones se solicitará a la Unidad de Investigación el modelo estadístico adecuado.

**15**

## **Referencias bibliográficas**

UNIDAD DE CALIDAD. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA: "Manual de Calidad". Versión 1-2002. Zamora, 2002. (*Nuevo Hospital versión digital*. 2002. II / 7 -Nº 9- )





## **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN PROMOTORA DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL.**

### **1.- Naturaleza. Régimen jurídico. Ámbito de actuación.**

1.1 El Comité de Ética Asistencial del Complejo Asistencial de Zamora es un órgano colegiado de deliberación, con carácter consultivo e interdisciplinar creado para el análisis y asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial, con el fin último de contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria, promover la mejora de la calidad asistencial y fomentar la excelencia del ejercicio profesional.

1.2 En cuanto a su organización y funcionamiento, se adecuará a lo previsto en las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados, en el Decreto 108/2002, de 12 de septiembre y en el presente Reglamento.

1.3 El ámbito de actuación del Comité del Complejo Asistencial de Zamora es el propio Complejo Asistencial.

### **2.- Composición. Estructura y miembros.**

2.1 La pertenencia al Comité de Ética Asistencial será siempre voluntaria.

2.2. El Comité estará formado por un número mínimo de siete miembros, entre los cuales deberá figurar:

- a) Personal facultativo.
- b) Personal sanitario no facultativo.
- c) Personal no sanitario.
- d) Una persona licenciada en Derecho, o titulada superior con conocimiento de legislación sanitaria.
- e) Al menos una persona ajena a el/los centro/s, servicio/s o establecimiento/s, no vinculada a las profesiones sanitarias y con interés acreditado en bioética.

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO  
Comité de Ética Asistencial

Se procurará que el personal señalado en los apartados a), b) y c) esté representado en el Comité con un número de miembros similar para cada uno de ellos.

2.3 Deberá formar parte del Comité un miembro de cada uno de los siguientes órganos:

- Comité Ético de Investigación Clínica.
- Comisión de Calidad.
- Servicio de Atención al Usuario.

2.4 No podrá formar parte del Comité el personal que ostente puestos directivos en el ámbito sanitario.

2.5 El comité se compone de Presidencia, Vicepresidencia, Vocalías y Secretaría.

2.6 Para el nombramiento por el Comité de los miembros integrantes del mismo se procurará.

- Que sean un órgano interdisciplinar.
- Que en él estén representados la mayor cantidad posible de puntos de vista.
- Que sus integrantes tengan experiencia profesional y/o conocimientos vinculados a aspectos éticos, sean personas abiertas al diálogo y con capacidad para trabajar en grupo.

Al menos uno de los miembros del Comité deberá tener formación acreditada en bioética, aunque es deseable mayor número de miembros formados en estos temas.

2.7 Los miembros del Comité elegirán de entre ellos a las personas que desempeñarán la Presidencia, Vicepresidencia y Secretaría.

La composición actual de la Comisión Promotora del Comité de Ética Asistencial es la siguiente:

## COMPONENTES DE LA COMISIÓN PROMOTORA DEL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

### PRESIDENTA:

D<sup>a</sup> TERESA SALDAÑA FERNÁNDEZ.- Facultativo. Servicio de Medicina Intensiva. Magister en Bioética. Vocal del Comité Ético de Investigación Clínica. Vocal de la Comisión Central de Garantía de Calidad.

### VICEPRESIDENTA:

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> JOSE DONCEL HERNÁNDEZ.- Enfermera. Servicio de Urgencias. Experto en Bioética.

**SECRETARIA:**

D<sup>o</sup> ISABEL GARCIA ARROYO.- Facultativo. Sección de Neumología

**VOCALES:**

D. JOSE LUIS NIETO BECERRIL.- Asesor Jurídico

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> ANGELES ESCAJA MUGA.- Trabajadora Social

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> JOSE BARTOLOME CUERDO.- Auxiliar Administrativo. Servicio de Atención al Usuario.

D<sup>a</sup> MANUELA MARTIN HERNÁNDEZ.- Administrativo. Servicio de Personal

D. FRANCISCO JAVIER GARCIA-FARIA DEL CORRAL.- Facultativo. Servicio de Cirugía General

D. MANUEL MESONERO GRIS.- Facultativo del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en activo hasta enero de 2003. Actualmente jubilado sigue participando como vocal a petición propia.

D. ANTONIO MARTIN LLAMAS .- Sacerdote.

D<sup>a</sup> MERCEDES SANCHEZ JACOB.- Facultativo. Servicio de Hematología. Magister en Bioética.

D<sup>a</sup> ENCARNACION LORENZO COCO.- Matrona

D<sup>a</sup> ANA CRESPO CRESPO.- Enfermera de Consultas.

D<sup>o</sup> ANA GÓMEZ VILLAVERDE.- Enfermera de Consultas.

D. VICTOR MARUGAN ISABEL.- Facultativo. Servicio de Pediatra

D<sup>o</sup> MARTA NAVALON JIMÉNEZ.- Facultativo. Servicio de Oncología.

D<sup>a</sup> MARIA PILAR MIÑAMBRES RODRÍGUEZ. Servicio de Atención al Usuario.

D. FRANCISCO JOSÉ CUADRADO SANTOS. Vocal no sanitario. Profesor Titular de Universidad de Educación en Sociología y Comunicaciones. Director de la Escuela de Magisterio.

### **3.- Funciones de la Comisión Promotora.**

3.1 Son funciones de la Comisión Promotora las siguientes:

- a) Promover un entorno asistencial lo más humano posible.
- b) Velar por el respeto de la dignidad de las personas que intervienen en la relación asistencial.
- c) Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos éticos.

- d) Asesorar desde una perspectiva ética.
- e) Proponer protocolos y orientaciones de actuación para aquellas situaciones en las que se presenten conflictos éticos.
- f) Elevar las cuestiones que estime oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.
- g) Colaborar en la formación bioética de los profesionales.
- h) Elegir a las personas que desempeñarán la Presidencia y la Secretaría.
- i) Elaborar y aprobar su propio reglamento de régimen interno.
- j) Elaborar una memoria anual de actividades
- k) Cualquiera otra función prevista en el presente Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

### 3.2 Las funciones del Comité no comportarán en ningún caso:

- a) Adoptar decisiones de carácter vinculante.
- b) Subrogarse o reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiere solicitado su asesoramiento.
- c) Asesorar o emitir informes en los supuestos en que la persona interesada hubiese presentado por escrito queja, denuncia o reclamación judicial o administrativa.
- d) Emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales implicados en los asuntos a que se le sometan.
- e) Proponer la imposición de sanciones.
- f) Sustituir al Comité Ético de Investigación Clínica.
- g) Subrogar las responsabilidades que correspondan a las personas u órganos encargados de la gestión.

3.3 Las funciones del Comité se entenderán sin perjuicio de las competencias que en materia de ética y deontología de los profesionales sanitarios correspondan a sus respectivos Colegios Profesionales.

## **4.- Funciones de los miembros del Comité:**

### 4.1 Funciones del titular de Presidencia:

- a) Ostentar la representación del órgano.
- b) Acordar la convocatoria de las sesiones ordinarias y extraordinarias y la fijación del Orden del día, teniendo en cuenta, en su caso, las peticiones de los demás miembros formuladas con la suficiente antelación. En las sesiones extraordinarias el Orden del día se deberá integrar la totalidad de los asuntos presentados por quien haya instado dicha sesión.

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO  
Comité de Ética Asistencial

- c) Presidir las sesiones, moderar el desarrollo de los debates, suspenderlos por causas justificadas.
- d) Visar las actas y certificaciones de los acuerdos del órgano.
- e) Ejercer aquellos derechos que le correspondan como un miembro más del órgano colegiado.
- f) Ejercer cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de Presidente del órgano, así como aquellas otras previstas en el Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

4.2 Funciones del titular de la Vicepresidencia:

- a) Sustituir al titular de la Presidencia en los casos de ausencia, vacante, enfermedad y siempre que cualquier circunstancia le impida ejercer sus funciones.
- b) En el caso de que no actúe en sustitución del titular de la Presidencia, le corresponderán las funciones previstas para las Vocalías en el presente Reglamento.

4.3 Funciones de la Vocalías:

- a) Recibir, con una antelación mínima de cuarenta y ocho horas, la convocatoria conteniendo el orden del día de las reuniones. La información sobre los temas que figuren en el orden del día estará a disposición de los miembros en igual plazo.
- b) Participar en los debates de las sesiones.
- c) Ejercer su derecho al voto y formular voto particular, así como expresar el sentido de su voto y los motivos que lo justifican.
- d) Formular ruegos y preguntas.
- e) Obtener la información precisa para cumplir las funciones asignadas.
- f) Cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de titular de la Vocalía, así como aquellas otras previstas en el Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

Salvo lo dispuesto reglamentariamente para la Vicepresidencia en el Artículo 8.2 a), los restantes miembros del Comité no podrán atribuirse las funciones de representación del mismo, salvo que expresamente se les haya otorgado por acuerdo válidamente adoptado, para cada caso concreto, por el propio órgano.

4.4 Funciones del titular de la Secretaría:

- a) Asistir a las reuniones con voz y voto.
- b) Efectuar la convocatoria de las sesiones del Comité por orden del titular de la Presidencia, así como las citaciones a los miembros del mismo.

- c) Recibir los actos de comunicación de los miembros del Comité y, por lo tanto, las notificaciones, peticiones de datos, rectificaciones o cualquier otra clase de escritos de los que deba tener conocimiento.
- d) Preparar el despacho de los asuntos, redactar y autorizar las actas de las sesiones.
- e) Expedir certificaciones de las consultas, dictámenes y acuerdos aprobados.
- f) Cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de titular de la Secretaría, así como ejercer las mismas que ostentan los titulares de las Vocalías del Comité.
- g) Cualquiera otras previstas en el Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

En casos de vacante, ausencia o enfermedad, el titular de la Secretaría será sustituido por el miembro del órgano colegiado que, perteneciendo a la Administración Autonómica o subsidiariamente a cualquier otra Administración, tenga menor jerarquía, antigüedad y edad, por este orden, de entre sus componentes.

## **5.- Sistemática de trabajo.**

Las tres actividades básicas del Comité serán:

- Formación e investigación.
- Discusión de casos clínicos con elaboración de informes.
- Elaboración de protocolos y recomendaciones de actuación.

Las actividades de gestión se realizarán a través de la Secretaría del Comité incluyendo la elaboración de Actas e Informes, siempre según lo acordado en las sesiones del Comité.

En las actividades de formación se considerarán tanto la realización de seminarios, como la presentación de revisiones realizadas por los grupos de trabajo.

Para la investigación, el proceso a seguir será la presentación del proyecto, con la consiguiente discusión, para crear a continuación el grupo de investigación pertinente, del que podrán formar parte personas ajenas al Comité. El grupo así formado desarrollará el proyecto, informando periódicamente al Comité sobre la marcha del mismo.

La metodología para la elaboración de informes, recomendaciones y protocolos generales, será siempre la creación de grupos de trabajo, con calendario y objetivos definidos y aprobados en sesión del Comité. Estos grupos presentarán en su momento el borrador de su trabajo para

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO  
Comité de Ética Asistencial

ser discutido, modificado y en su caso aprobado por el Comité. De este grupo podrán formar parte expertos no miembros del Comité.

Para la discusión de estos casos clínicos la metodología a seguir será la siguiente:

1. Presentación del caso por un ponente designado por el Comité según su perfil clínico y el del caso correspondiente. Este ponente deberá reclamar y disponer de toda la información clínica que considere necesaria accediendo a la Historia Clínica y entrevistándose, si lo considera oportuno, con cualquiera de las personas implicadas en el proceso asistencial. En esta fase no se procederá a ningún tipo de análisis ético, siendo estrictamente descriptivo del proceso asistencial. El Comité, por propia iniciativa o a petición de parte, podrá recibir en la reunión a aquellas personas implicadas en el caso, con el fin de aclarar cualquier aspecto que considere pertinente.
2. Una vez expuesta la historia clínica se producirán los turnos de palabra correspondientes a las aclaraciones de la historia.
3. A continuación y siempre a puerta cerrada y bajo estricta confidencialidad, el Comité identificará los conflictos éticos existentes en la historia presentada.
4. De entre los conflictos identificados, decidirá cuales serán objeto de informe o recomendación, incluyendo necesariamente el o los que estén relacionados directamente con la petición.
5. La metodología general de análisis ético se realizará a la luz de los principios fundamentales bioéticos (no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) considerando sus niveles e implicación en el conflicto, sin perjuicio de que, cuando proceda, se apliquen, además otros métodos de los análisis.
6. Tras una discusión razonada se emitirá el informe correspondiente que deberá ser elaborado y entregado según lo dispuesto en los correspondientes apartados de este Reglamento.





#### NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

#### - Estructura de los trabajos:

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

#### - Formato de los trabajos:

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

#### - Modo de envío de los trabajos:

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