



versión digital  
ISSN: 1578-7516



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

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



# NuevoHospital

Vol. V - Nº 4 - Año 2005 - Nº edición: 98

Publicado el 14 marzo de 2005

## Plan Anual de Gestión 2005

Junta de Castilla y León  
Consejería de Sanidad  
SACYL

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.

## 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### 3.2.3.- Atención Especializada

#### OBJETIVOS PLURIANUALES

##### Líneas estratégicas

I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN .....	65
II. ORIENTACIÓN AL USUARIO.....	66
III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS .....	73
IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD.....	86
V. FARMACIA .....	92
VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	95
VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA .....	99

**LÍNEA ESTRATÉGICA** I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN**PROCESO** 1. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS DEL CENTRO PARA EL EJERCICIO**OBJETIVO** 1.1 El Hospital / Complejo Asistencial garantiza la participación ordenada en la elaboración, desarrollo y evaluación del Plan de Gestión.**VALOR** 200

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Equipo Directivo establece, lidera y desarrolla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La negociación con los Servicios / Unidades y Comisiones del Plan de Gestión.</li> <li>- El resultado final del proceso negociador.</li> <li>- El proceso de seguimiento, evaluación y aplicación de medidas correctoras a lo largo del ejercicio.</li> <li>- La oportuna comunicación de todo el proceso a los órganos de representación de los usuarios, trabajadores y medios de comunicación social.</li> </ul>	X	X	Documento de compromiso con el Plan de Gestión 2005, que contenga al menos los objetivos y el procedimiento de evaluación correspondiente al 85% de Servicios / Unidades y 100% de las Comisiones Clínicas, firmado por ambas partes (Equipo Directivo del Hospital / Complejo Asistencial y al menos el responsable del Servicio / Unidad / Comisión Clínica).
2	<p>El Hospital / Complejo Asistencial evalúa la evolución de los acontecimientos y adopta las medidas correctoras precisas para salvar la diferencia entre lo previsto y lo realizado.</p>	X	X	Informe o actas de la Comisión de Dirección en 4 periodos de tiempo en los que se detalla el análisis realizado, las conclusiones obtenidas y las medidas correctoras adoptadas, acompañados de los cuadros de mandos correspondientes.

**LÍNEA ESTRATÉGICA**

## II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO**

## 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

**OBJETIVO**

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

**VALOR**

80

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>Todos los servicios clínicos dispondrán de un Plan de Información a pacientes o allegados con el contenido básico sobre su proceso para garantizar la continuidad asistencial durante el tiempo de hospitalización y que tendrá, como mínimo, el siguiente contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluirá lugares y horarios específicos de información por parte de cada servicio.</li> <li>- Establecerá las responsabilidades en el proceso de información.</li> <li>- Dispondrá de modelos normalizados y validados de Consentimiento Informado.</li> <li>- Incluirá la información básica que debe recibir el paciente o familiar al alta para garantizar la continuidad asistencial, en atención primaria o en el propio hospital.</li> </ul>	X	1. Planes y 2. $\geq 60\%$	<p>Documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planes de Información de los servicios</li> <li>Resultados de la Encuesta Regional de satisfacción de los usuarios de Atención Especializada:</li> <li>2. Porcentaje de personas que valoran positivamente la información recibida del personal sanitario.</li> </ol>
2	<p>El Hospital / Complejo Asistencial elaborará y dispondrá de un Plan de Información específico para el Área de Urgencias que contemplará el procedimiento de información a pacientes y allegados durante su permanencia en el Servicio de Urgencias.</p>	X	X	<p>Documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Información del Área de Urgencias.</li> </ul>
3	<p>El Hospital / Complejo Asistencial verifica la adaptación de los documentos de Consentimiento informado a la Ley 8/2003 y analiza el grado de implantación y cumplimiento de los mismos.</p>	X	X	<p>Informe de evaluación sobre los documentos de Consentimiento Informado aplicados en el año 2005.</p>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

**OBJETIVO** 1.2 El Hospital / Complejo Asistencial informa adecuadamente a pacientes y familiares sobre su funcionamiento.

**VALOR** 60

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1 El Hospital / Complejo Asistencial ha elaborado e implantado un procedimiento que garantice la entrega del Manual de Acogida al 100% de los pacientes.	<b>X</b>	1. Manual y Proced. 2. ≥ ...100.%	Documentos: 1. Manual de acogida y Procedimiento de entrega Resultados de la Encuesta Regional de satisfacción de usuarios de Atención Especializada: 2. Porcentaje de personas que declaran haber recibido el Manual de acogida.
2 El Hospital / Complejo Asistencial pone a disposición de los usuarios documentos informativos sobre el funcionamiento y normas en el Servicio de Urgencias.		<b>X</b>	Documento informativo.
3 El Hospital / Complejo Asistencial pone a disposición de los usuarios documentos informativos sobre funcionamiento y normas en el Área de Consultas Externas.		<b>X</b>	Documento informativo.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

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

**OBJETIVO** 2.1 El Hospital / Complejo Asistencial analiza las expectativas y necesidades de los usuarios y su opinión respecto de la calidad de los servicios recibidos.

**VALOR** 55

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial ha implantado métodos para conocer las expectativas y necesidades de los usuarios y su opinión acerca de la calidad de la atención recibida.	X	X	Informe sobre los diferentes métodos implantados y metodología de aplicación.
2	El Hospital / Complejo Asistencial analiza la información y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

LÍNEA ESTRATÉGICA II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

PROCESO 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

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

VALOR 50

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial ha establecido un procedimiento normalizado para dar respuesta a las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios <b> fijando plazos en las diferentes fases de tramitación de las mismas.</b>	X	X	Documentos: - Procedimiento.
2	El Hospital / Complejo Asistencial da respuesta a las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, en un plazo no superior a 30 días.		85%	- Porcentaje de reclamaciones contestadas en un máximo de 30 días.
3	El Hospital / Complejo Asistencial analiza las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO**PROCESO** 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA**OBJETIVO** 2.3 El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.**VALOR** **50**

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial elabora un Plan de Emergencias y Evacuación, con todas su fases. Igualmente, implanta dicho Plan mediante la: - divulgación a todo el personal - formación específica a los equipos de intervención.	X	X	Documentos: - Plan de Emergencias y Evacuación - Informe en el que se especifican las actuaciones divulgativas y formativas.
2	El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla simulacros, analiza su desarrollo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican: - el/los simulacro/s desarrollados, el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO

**PROCESO** 3. ATENCIÓN AL CUIDADOR PRINCIPAL

**OBJETIVO** 3.1 El Hospital / Complejo Asistencial dispone de un Plan de atención al cuidador principal.

**VALOR** 35

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial elabora un Plan de atención al cuidador principal que contemplará como mínimo: destinatarios, valoración y criterios de inclusión, plan de actuación, evaluación y coordinación con Atención Primaria.		<b>X</b>	Documentos: - Plan de atención al cuidador principal.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** II. ORIENTACIÓN AL USUARIO**PROCESO** 4. OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE**OBJETIVO** 4.1 El Hospital / Complejo Asistencial optimiza los tiempos de asistencia en urgencias.**VALOR** 95

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Servicio de Urgencias elabora una norma escrita en la que se especifica el proceso de valoración inicial y clasificación de pacientes. Dicha norma se aplica, al menos, cuando la presión asistencial lo requiere. Igualmente, recoge al menos en dos periodos del año la información relacionada con el tiempo de permanencia de los pacientes en sus dependencias.	X	X	Documentos: - Descripción del Sistema de clasificación de pacientes - cuadro de mandos (hora de llegada del paciente, de clasificación, de asistencia y tiempo total de permanencia en urgencias).
2	El Servicio de Urgencias analiza la información recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de clasificación y sobre la información del cuadro de mandos y las conclusiones obtenidas sobre ambos.
3	El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, tomando en consideración las siguientes referencias en cuanto al tiempo de asistencia: Nivel 1: paciente con riesgo vital evidente, intervención inmediata. Nivel 2: paciente emergente, intervención en menos de 15 minutos. Nivel 3: paciente urgente no crítico, intervención en menos de media hora. Nivel 4: paciente urgente demorable, intervención en menos de una hora. Nivel 5: paciente no urgente, intervención en menos de dos horas.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 1. EL HOSPITAL / COMPLEJO ASISTENCIAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES**OBJETIVO** 1.1 El Hospital / Complejo Asistencial define e implanta planes de trabajo en sus servicios médicos.**VALOR** 45

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial ha definido, implantado y mantiene actualizados los planes de trabajo para sus servicios médicos, habiendo alcanzado al 30% de dichos servicios Dichos planes: - se plasmarán por escrito - incluirán la identificación del servicio, el número de médicos que lo integran, su responsabilidad en él y las actividades de cada integrante a lo largo de toda la jornada laboral.	X	X	Documentos: - planes de trabajo definidos.
2	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa la adecuación de los planes de trabajo a la actividad desarrollada por cada servicio, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado de, al menos, el 100% de los planes médicos implantados y las conclusiones obtenidas en cada uno de ellos.
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 1. EL HOSPITAL / COMPLEJO ASISTENCIAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES**OBJETIVO** 1.2 El Hospital / Complejo Asistencial dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.**VALOR** 45

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1 El Hospital / Complejo Asistencial elabora e implanta el 100% de los manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería. Este manual está consensuado y es compatible y coherente con los planes de trabajo de los servicios médicos que prestan asistencia en la correspondiente unidad, e incluye el cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad.	X	X	Documentos: - manuales de organización del funcionamiento del 100% de las unidades de enfermería.
2 El Hospital / Complejo Asistencial analiza y evalúa el grado de cumplimiento de los manuales de organización y funcionamiento de las unidades de enfermería y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado en el 100% de los manuales de organización y funcionamiento y las conclusiones obtenidas.
3 El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 1. EL HOSPITAL / COMPLEJO ASISTENCIAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES**OBJETIVO** 1.3 El Hospital / Complejo Asistencial dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todos los servicios y unidades de apoyo a la asistencia.**VALOR** 45

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial elabora e implanta el 100% de los manuales de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.	X	X	Documentos: - manuales de organización del funcionamiento del 100% de las unidades de apoyo a la asistencia.
2	El Hospital / Complejo Asistencial analiza y evalúa el grado de cumplimiento del manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado en al menos el 50% de los manuales de organización y funcionamiento y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de apoyo a la asistencia.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 2. GESTIÓN DE CAMAS**OBJETIVO** 2.1 El Hospital / Complejo Asistencial garantiza la adecuación de las estancias y aborda las situaciones de máxima ocupación de camas.**VALOR** 55

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial adapta y actualiza un protocolo de evaluación de la adecuación de las estancias médicas y preoperatorias, y los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de sus camas.	X	X	Documentos: - protocolo de evaluación de la adecuación de las estancias que contemple, al menos: método de identificación de procesos, estándar para comparación y procedimiento de análisis e identificación de oportunidades de mejora. - criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de camas.
2	El Hospital / Complejo Asistencial aplica el protocolo de evaluación de la adecuación de las estancias médicas y preoperatorias y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se describe el proceso de aplicación del protocolo de adecuación de estancias médicas y preoperatorias y de las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital / Complejo Asistencial aplica los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de camas, analiza dicha aplicación y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).		X	Informe en el que se especifica el análisis del proceso de aplicación de los criterios de actuación en situaciones de máxima ocupación de camas y las conclusiones obtenidas.
4	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para garantizar la adecuación de la estancia preoperatoria.		X	Cumplimiento del objetivo de estancia media preoperatoria fijado (pág. 54?).

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS**OBJETIVO** 3.1 El Hospital / Complejo Asistencial avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.**VALOR** 70

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial normaliza (mediante la definición y adaptación de guías, vías, o protocolos de práctica clínica) e implanta al menos 1 proceso asistencial en cada especialidad médica y quirúrgica.  Se identifican los responsables de su implementación, de su revisión y actualización.	X	X	Documentos: - guías, vías o protocolos - informe en el que se especifica el proceso de implantación de todas las guías / vías / protocolos elaborados, identificando en cada una los responsables de su implementación, revisión y actualización.
2	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa el grado de cumplimiento de las guías, vías o protocolos clínicos de los procesos asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifica el análisis realizado sobre el grado de cumplimiento de las guías / vías / protocolos en al menos 1 proceso asistencial por especialidad médica y quirúrgica.
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA**

III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

**PROCESO**

3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

**OBJETIVO**

3.2 El Hospital / Complejo Asistencial optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico.

**VALOR**

45

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial adapta progresivamente* las guías elaboradas por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer de pulmón.</li> <li>- Cáncer de mama.</li> <li>- Cáncer de piel.</li> <li>- Cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).</li> <li>- Cáncer de cérvix uterino.</li> <li>- Cáncer de próstata.</li> <li>- Cáncer hematológico.</li> <li>- Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.</li> <li>- Consejo genético en cáncer de mama y ovario.</li> <li>- Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.</li> </ul>	X	X	Documentos: - guías adaptadas.
2	El Hospital / Complejo Asistencial implanta progresivamente las guías adaptadas hasta alcanzar la totalidad.		X	Informe en el que se especifica el proceso de implantación.
3	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa la implantación de las guías adaptadas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
4	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en la implantación.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

\*En función de la finalización de su elaboración por el grupo de expertos.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS**OBJETIVO** 3.3 El Hospital / Complejo Asistencial elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo.**VALOR** **50**

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial define e implanta un modelo de cuidados orientado al paciente y al cuidador principal, que asegura una valoración y atención integrales.	X	X	Documentos: - modelo de cuidados.
2	El Hospital / Complejo Asistencial estandariza progresivamente los planes de cuidados. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan, al menos, los tres procesos más frecuentes, de acuerdo con un método centrado en las necesidades del paciente.	X	X	Documentos: - planes de cuidados.
3	El Hospital / Complejo Asistencial normaliza e implanta los registros de enfermería, que son coherentes con el modelo de cuidados, con las necesidades específicas de los pacientes y con la normativa de historias clínicas del Centro.	X	X	Documentos: - registros de enfermería.
4	El Hospital / Complejo Asistencial estandariza progresivamente los procedimientos de enfermería. Todas las unidades de enfermería diseñan e implantan: - las técnicas generales más comunes - las técnicas específicas que se aplican a los pacientes ingresados en su unidad (al menos tres técnicas por unidad) Su elaboración contempla: objetivos, personal responsable de su realización, material necesario, precauciones, desarrollo y cuidados posteriores.	X	X	Documentos: - procedimientos.
5	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa y analiza, al menos, un plan de cuidados por unidad de enfermería. Dicha evaluación contempla: - número de pacientes con plan de cuidados documentado - porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los planes de cuidados evaluados.
6	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa y analiza, al menos, dos procedimientos por cada unidad de enfermería, seleccionados entre los más frecuentes o de mayor riesgo. Dicha evaluación contempla: - número de pacientes monitorizados - porcentaje de pacientes cuidados de acuerdo a protocolo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los procedimientos evaluados.
7	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en relación con los planes de cuidados y los procedimientos evaluados.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 3. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS**OBJETIVO** 3.4 El Hospital / Complejo Asistencial avanza en la gestión de procesos no asistenciales, su diseño normalizado e implantación.**VALOR** 50

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial identifica y normaliza al menos 1 proceso por cada una de las 6 áreas de actividad de la Dirección de Gestión y SSGG (Gestión económica, presupuestaria y financiera; Gestión administrativa en general y de la política de personal; Suministros; Hostelería; Orden interno y seguridad y Obras y mantenimiento) y de los que al menos 4 correspondan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.</li> <li>- Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.</li> <li>- Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.</li> <li>- Gestión eficiente de las propuestas de pago.</li> <li>- Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.</li> <li>- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos y de los mantenimientos legales.</li> <li>- Diseño e implantación de un plan de seguimiento del equipamiento médico.</li> <li>- Priorización y racionalización de las inversiones hospitalarias.</li> </ul> <p>Para cada proceso definido se identifica el responsable de su implementación, de su revisión y actualización.</p>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procesos identificados y normalizados.</li> <li>- informe en el que se especifica el proceso de implantación y en el que se identifica, para cada uno de ellos, el responsable de la implementación, de su revisión y actualización.</li> </ul>
2	<p>El Hospital / Complejo Asistencial evalúa el grado de cumplimiento de los protocolos o criterios de los procesos no asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>	X	X	<p>Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>	X	X	<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>

**LÍNEA ESTRATÉGICA**

III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

**PROCESO**

4. FORMACIÓN

**OBJETIVO**

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

**VALOR**

99

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN*
1	1- El Hospital / Complejo Asistencial realiza la identificación y priorización de necesidades formativas en concordancia con los objetivos institucionales para elaborar el Programa / Plan de Formación.			- Acta de aprobación del Programa / Plan de Formación por las Comisiones de Formación y de Dirección y presentación al Servicio de Formación.
	2- El Programa / Plan de Formación será aprobado por los órganos competentes, presentado y divulgado para que llegue a toda la plantilla del centro.	X	X	- Informe del Gerente donde se especifican las actuaciones de presentación y divulgación del Programa / Plan de Formación.
	3- El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla y evalúa el Programa / Plan de Formación según los criterios metodológicos y de calidad establecidos en el Plan General de Formación.			- Evaluación realizada a través de indicadores de Estructura / Cobertura / Proceso / Satisfacción / Resultados de las actividades de formación y acreditación de las mismas.

\* Los criterios explícitos de valoración se describen en el apartado correspondiente a este objetivo del documento de aclaraciones a los Criterios de Valoración.

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 5. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 5.1 El Hospital / Complejo Asistencial realiza una correcta planificación y gestión económico-financiera.

VALOR 30

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial elabora una previsión anual de su evolución económico-financiera, con estimación de su Gasto Real a fin de ejercicio y distribución mensual de la evolución del mismo.	X	X	Remisión de la previsión del Gasto Real y su distribución mensual antes del 15 de marzo con el desarrollo que aparezca en la ficha FGE.
2	El Hospital / Complejo Asistencial realiza mensualmente un seguimiento de gasto real y previsiones de Gasto Real al cierre del ejercicio. Las diferencias entre las previsiones de Gasto Real al cierre del ejercicio en las fechas que a continuación se indican y el Gasto Real efectivamente realizado no serán superiores a los siguientes porcentajes de desviación: - Previsiones de G.R. a cierre <b>en 31 de mayo</b> En Capítulo I - 0,5% En Capítulo II- 1% - Previsión de G.R. a cierre <b>en 30 de octubre</b> En Capítulo I - 0,5% En Capítulo II - 0,2%.		X	Remisión de las fichas FGE antes del día 10 del mes siguiente al que se refiere la información, para la oportuna comprobación de los datos mensuales con el cierre (31 de diciembre).
3	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa la previsión mensualmente, obtiene conclusiones (oportunidades de mejora) y lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe trimestral en el que se especifican: - las desviaciones y las medidas correctoras que se van a adoptar.
4	El Hospital / Complejo Asistencial analiza los resultados obtenidos, como consecuencia de las medidas correctoras adoptadas.	X	X	Informe semestral en que se especifican los resultados obtenidos.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 5. GESTIÓN ECONÓMICA**OBJETIVO** 5.2 El Hospital / Complejo Asistencial gestiona y planifica la adquisición de los suministros, la realización de las obras y la contratación de los servicios.**VALOR** 30

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1 El Hospital / Complejo Asistencial establece anualmente una planificación de las adquisiciones de suministros, de las contrataciones de obras y de las contrataciones de servicios con carácter previo al inicio del ejercicio (con indicación de artículos, servicios u obras que se prevean contratar, cantidades, precios indicativos, y/o presupuesto de ejecución, procedimientos de adjudicación, duración de los contratos y plazos de ejecución).</p>	X	X	Envío antes del 15 de marzo del plan anual de contratación administrativa.
<p>2 El Hospital / Complejo Asistencial se impone el cumplimiento de plazos en la tramitación y adjudicación de los contratos:  <b>Capítulo II:</b>  El Hospital / Complejo Asistencial tramita y adjudica el 25% del presupuesto previsto de forma anticipada (anteriormente al inicio del ejercicio presupuestario), el 70% antes del 30 de junio y el 95% antes del 31 de octubre.  <b>Capítulo VI:</b>  El Hospital / Complejo Asistencial tramita y adjudica el 100% del presupuesto definitivo en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito (obligando el 100% antes de la finalización del ejercicio).  El Hospital / Complejo Asistencial contrae el 90% de las obligaciones del Capítulo VI en el plazo máximo de 4 meses desde el posicionamiento del crédito.</p> <p>El Hospital / Complejo Asistencial realiza un seguimiento mensual de los contratos adjudicados y evalúa, al menos semestralmente, la planificación previa y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>	X	X	Informe mensual en el que se especifican: - los contratos adjudicados y fechas de adjudicación.  Informe semestral en el que se especifican: - la ejecución e incidencias del plan anual de contratación administrativa.
<p>3 El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>	X	X	Informe semestral en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA**

## III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

**PROCESO**

## 5. GESTIÓN ECONÓMICA

**OBJETIVO**

5.3 El Hospital / Complejo Asistencial realiza una gestión y planificación correcta de los suministros generales (electricidad, gasoil, gases combustibles, gases medicinales, agua...).

**VALOR**

30

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial tiene elaborado y aplica un protocolo de recepción de estos suministros.	X	X	Documentos: - protocolos.
2	El Hospital / Complejo Asistencial efectúa un control de consumo real y analiza el rendimiento de productores y transformadores de energía.	X	X	Informe en el que se especifican: - los valores de consumo real y rendimiento.
3	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa e inventaría los elementos críticos de cortes de suministro. Igualmente establece las capacidades, limitaciones y procedimientos de emergencia de los proveedores de suministro.		X	Informe en el que se especifican: - inventario de los elementos críticos.
4	El Hospital / Complejo Asistencial establece un Manual de emergencia para la gestión de los fallos de suministro. Recoge como mínimo: - localización de elementos de corte y maniobra. - procedimiento de emergencia para la incorporación de suministros suplementarios. - normativa .			Documentos: - Manual de emergencia de suministro.
5	El Hospital / Complejo Asistencial crea y equipa un local de emergencia de fácil acceso, que contiene los equipos y elementos necesarios para llevar a cabo los procedimientos de emergencia.			Documentos: - inventario de los equipos - localización del local de emergencia.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS**PROCESO** 5. GESTIÓN ECONÓMICA**OBJETIVO** 5.4 Gestión de stocks en unidades de consumo, adecuándolos a la demanda y minimizándolos.**VALOR** 30

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Centro realiza un análisis del stock de productos almacenados en las unidades y servicios; se describirá el número, tamaño y localización de puntos de almacenamiento periféricos.	X	X	Envío antes del 30 de Junio de 2005 del documento de análisis de la situación actual y listado de consumo de las distintas unidades.
2	El Centro tiene establecidos pactos de stock con las unidades y servicios en función del tiempo de respuesta del almacén general y del consumo, y define el sistema de control a utilizar.	X	X	Definición del sistema de control que se va a utilizar y envío de los pactos de stock antes del 30 de septiembre de 2005.
3	El Centro realiza la implantación progresiva del sistema de control propuesto para reducción progresiva de stock y comprueba el resultado.	X	X	Informe anual sobre los resultados de la reducción progresiva del stock desde su implantación.
4	El Centro tiene constituida la comisión de compras para la autorización de inclusiones de nuevos artículos (comisión de homologación y catalogación de materiales), regulada conforme a circular 7/95 de 28 de diciembre. Se reúne al menos trimestralmente.	X	X	Análisis de las actas de las reuniones de la comisión de compras.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD**PROCESO** 1. UNIDAD DE CALIDAD**OBJETIVO** 1.1 El Hospital / Complejo Asistencial estructura una Unidad de Calidad Integral que funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.**VALOR** 100

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial dispone de una Unidad de Calidad constituida por el Coordinador de Calidad, bajo cuyo liderazgo se integran un responsable de calidad de enfermería y un responsable de los colectivos no sanitarios.</p> <p>La Unidad de Calidad cuenta con un manual de funcionamiento y una metodología de trabajo que contemplan la interacción complementaria con las Comisiones Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, Servicio de Atención al Usuario y Comisión de Dirección. Ambos están aprobados por la Comisión de Dirección.</p>	X	X	<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informe en el que concreta la designación de los miembros (Coordinador, responsable en el área de enfermería y de gestión).</li> <li>- manual de funcionamiento, metodología de trabajo y documento de aprobación por la Comisión de Dirección.</li> </ul>
2	<p>La Unidad de Calidad, tiene establecidos los objetivos del año, de acuerdo con la Comisión Central de Garantía de Calidad y con la aprobación de la Comisión de Dirección.</p> <p>Para cada objetivo, se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- logro esperado</li> <li>- calendario de actuaciones</li> <li>- monitorización de indicadores</li> <li>- medidas correctoras para abordar las desviaciones.</li> </ul>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objetivos del año 2005 y su metodología de evaluación y seguimiento con las firmas de aprobación del Gerente y del Coordinador de Calidad).</li> </ul>
3	<p>La Unidad de Calidad realiza al finalizar el ejercicio una memoria de las actividades del Hospital / Complejo Asistencial relacionadas con los objetivos de calidad, de los resultados obtenidos y de las medidas correctoras necesarias.</p> <p>Con el fin de difundirla adecuadamente, la presenta en público a los trabajadores del Hospital / Complejo Asistencial por el procedimiento que estime oportuno y la envía a la Dirección del Centro y a la Consejería de Sanidad.</p>	X	X	<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memoria. (realizada el 28 de febrero de 2006).</li> <li>- Plan de divulgación en el que, al menos, conste a quién va dirigido y cronograma de actuaciones.</li> </ul>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD**PROCESO** 2. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA**OBJETIVO** 2.1 El Hospital / Complejo Asistencial dispone de un sistema de alerta.**VALOR** 41

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial dispone de un sistema de alerta para la detección de brotes y de un mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria (comunicación de casos desde el Laboratorio, servicios clínicos y/o unidades de enfermería). Dicho sistema se aplica de forma continuada.	X	X	Documentos: - Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria que contiene la fuente de información, el circuito de transmisión y el responsable operativo de su recepción, la actuación consecuente y la aplicación del sistema de alerta.
2	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa, tanto la aplicación del sistema de alerta y del mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria, como sus resultados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informes (al menos dos) en los que se especifica el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de alerta y sus resultados y las conclusiones obtenidas sobre ambos.
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD**PROCESO** 2. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA**OBJETIVO** 2.2 El Hospital / Complejo Asistencial realiza estudios de prevalencia e incidencia de la infección hospitalaria.**VALOR** 41

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Hospital / Complejo Asistencial aplica el sistema de vigilancia de la infección hospitalaria para estimar las tasas globales y específicas de infección hospitalaria mediante la realización de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios de prevalencia (al menos uno al año).</li> <li>- Estudios de incidencia acumulada (IA) y/o densidad de incidencia (DI) a través de la revisión de los resultados microbiológicos y/o de las historias clínicas y/o de visita a las plantas.</li> </ul> </li> <li>- La información que genera el sistema de vigilancia se remite a los servicios y unidades de enfermería, al menos, dos veces al año.</li> </ul>	X	X	<p>Informe en el que se especifican al menos 3 (2 para los hospitales del grupo I) de los siguientes indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalencia de infectados. (Defina la metodología del estudio: EPINE u otras; y el numerador y denominador del indicador utilizado).</li> <li>- IA de infección quirúrgica en cirugía limpia.</li> <li>- IA de bacteriemia primaria de catéter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y catéter de Nutrición Parenteral).</li> <li>- DI de infección respiratoria en pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI. (Para estos tres últimos indicadores, defina el periodo de tiempo de vigilancia y el numerador y denominador de los indicadores utilizados).</li> </ul>
2	El Hospital / Complejo Asistencial evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe en el que se especifica el análisis realizado sobre los resultado de los indicadores arriba señalados y las conclusiones obtenidas
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	X	X	<p>Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD**PROCESO** 2. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA**OBJETIVO** 2.3 El Hospital / Complejo Asistencial normaliza y gestiona las medidas de prevención y control de la infección hospitalaria dirigidas a las instalaciones, la hostelería y el equipamiento, al personal y a los pacientes.**VALOR** 41

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial tiene normalizados e implantados los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza de las áreas críticas.</li> <li>- Gestión de la segregación, transporte y eliminación de residuos.</li> <li>- Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras.</li> <li>- Pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.</li> <li>- Limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable.</li> <li>- Lavado de las manos rutinario y quirúrgico.</li> <li>- Protección del personal frente a riesgos biológicos.</li> <li>- Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.</li> <li>- Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico.</li> <li>- Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.</li> <li>- Inserción y mantenimiento del sondaje vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.</li> <li>- Aislamiento de pacientes.</li> </ul>	X	X	<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- normas y protocolos de todos los procedimientos reseñados.</li> </ul>
2	<p>El Hospital / Complejo Asistencial evalúa progresivamente la aplicación de los anteriores protocolos, desde al menos seis hasta llegar a evaluar la aplicación de la totalidad, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).</p>	X	X	<p>Informe en el que para cada norma o protocolo implantado (al menos 9) se especifica el análisis de su aplicación y las conclusiones obtenidas.</p>
3	<p>El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>		X	<p>Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado (al menos 9) se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>

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

**PROCESO** 3. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

**OBJETIVO** 3.1 La asistencia psiquiátrica se integra funcionalmente en Atención Especializada.

**VALOR** 50

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial dispone de una Programación anual de la actividad de Hospitalización, Asistencia Ambulatoria y Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial dirigida a conseguir una mejora de los índices de actividad con respecto al año anterior.	<b>X</b>	Abril 05: Envío de programación a DTAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programación anual de las actividades.</li> <li>- Establecimiento de las funciones y tareas a realizar por los profesionales.</li> <li>- Identificación de Responsables de los procesos de Hospitalización (incluida la parcial), Actividad Ambulatoria y Dispositivos de Rehabilitación (Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial y Unidad de Rehabilitación).</li> </ul>
2	El Hospital / Complejo Asistencial consigue una mejora de los índices de actividad con respecto al año anterior.		Dic. 05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El CRPS aumenta en un 10% el índice de rotación</li> <li>- El 80% de los pacientes no supera 9 meses de estancia en la Unidad de Rehabilitación.</li> </ul>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** IV. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD**PROCESO** 3. MEJORA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA**OBJETIVO** 3.2 El Hospital / Complejo Asistencial mejora la atención psicogerítrica y la atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada.**VALOR** 45

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	Los Equipos de Salud Mental (ESM) adaptan al Área y aplican el Programa de Atención Psicogerítrica del Plan de Atención Geriátrica.	X	2/3 de los ESM	Documento adaptado del programa de atención psicogerítrica y su aplicación por los ESM.
2	El Hospital/ Complejo Asistencial planifica la atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada y dispone de un sistema de información específico.		- Doc. en Abril 05 - 1 gestor por ESM - Al menos, 10 casos por gestor	Documento que incluye: - actividades de seguimiento - atención organizada a familias - criterios de atención preferente - criterios de actuación ante abandonos de tratamiento. - criterios de coordinación con Atención Primaria. - fórmula de gestión de casos - número de gestores de casos y pacientes atendidos.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** V. FARMACIA**PROCESO** 1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

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

**VALOR** 97

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1 El Hospital / Complejo Asistencial aplica herramientas adecuadas para la selección de medicamentos que se ajustan a los criterios de calidad establecidos por la Dirección Técnica de Farmacia (DTF) en:</p> <p>1. Selección de medicamentos.</p>	<b>X</b>	1. > 80 %	<p>Auditoría externa por Inspección de Farmacia y</p> <p>1. Porcentaje de nuevos Principios Activos (PA) de alto impacto sanitario y/o económico cuyas condiciones de uso se han analizado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT).</p>
<p>2 El Hospital / Complejo Asistencial aplica herramientas adecuadas para la información de medicamentos que se ajustan a los criterios de calidad establecidos por la Dirección Técnica de Farmacia en:</p> <p>2. Guía Farmacoterapéutica (GFT).</p>	<b>X</b>		<p>Remisión a la DTF de : GFT actualizada en 2005 que contiene los tres bloques de información establecidos.</p>
<p>3 El Hospital / Complejo Asistencial aplica herramientas adecuadas para la utilización de medicamentos que se ajustan a los criterios de calidad establecidos por la Dirección Técnica de Farmacia en:</p> <p>3. Programa de Intercambio Terapéutico.</p>		<p>1. &gt; 65 % y 2. &gt; 60 %</p>	<p>Remisión a la DTF de : Protocolo de Equivalentes Terapéuticos (PET) actualizado en 2005 y</p> <p>1. Porcentaje de nuevos PA sin mejora terapéutica que están contemplados en el PET para su intercambio terapéutico</p> <p>2. Porcentaje de intercambios terapéuticos aceptados por el médico prescriptor según metodología de la DTF</p>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** V. FARMACIA**PROCESO** 2. ATENCIÓN FARMACEÚTICA**OBJETIVO** 2.1 El Hospital / Complejo Asistencial implanta el proceso de Atención Farmacéutica.**VALOR** 81

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial, a través del Servicio de Farmacia, ha implantado el programa de Atención Farmacéutica en el Área de Pacientes Externos en, al menos, los pacientes VIH +.	X	> 85 %	Auditoría externa por Inspección de Farmacia y - Porcentaje de pacientes VIH + que reciben Atención Farmacéutica (según el proyecto diseñado y con la conformidad de la DTF).
2	El Hospital / Complejo Asistencial, a través del Servicio de Farmacia, evalúa los resultados del Programa de Atención Farmacéutica en los pacientes externos VIH + y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X		Remisión anual a la Dirección Técnica de Farmacia de Informe que describa la evaluación de la implantación del proceso de Atención Farmacéutica y sus conclusiones.
3	El Hospital / Complejo Asistencial, a través del Servicio de Farmacia, ha implantado el Programa de Atención Farmacéutica en el Área de Pacientes Externos en, al menos, otros dos grupos de pacientes externos (excepto pacientes VIH+).		> 85 %	Auditoría externa por Inspección de Farmacia y Porcentaje de pacientes externos de al menos los 2 grupos seleccionados que reciben Atención Farmacéutica.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** V. FARMACIA

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

**OBJETIVO** 3.1 El Hospital / Complejo Asistencial implanta y desarrolla el Sistema de Información de consumo de medicamentos en su entorno.

**VALOR** **97**

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1. El Hospital / Complejo Asistencial, a través del Servicio de Farmacia, proporciona información mensual a la Dirección Técnica de Farmacia sobre adquisiciones y consumo de medicamentos intrahospitalario, analiza semestralmente los resultados de los datos de gasto intrahospitalario y obtiene resultados (oportunidades de mejora).</p>	<p><b>X</b></p>	<p>1. Nº 12 y 2. Nº 2</p>	<p>1. Número de informes mensuales remitidos a la DTF según formato e instrucciones de ésta. 2. Informes que contengan el análisis semestral de los resultados y que se remite a la DTF.</p>
<p>El Hospital / Complejo Asistencial, a través de la Dirección Médica, fomenta la prescripción eficiente en receta del SNS y consigue, al menos un:</p> <p>1. Porcentaje de envases de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG) respecto al total de envases de especialidades</p> <p>2. Porcentaje de envases de especialidades en Precios de Referencia (SPR) de 10 Principios Activos (PA) seleccionados respecto al total de envases de especialidades de sus correspondientes subgrupos terapéuticos</p>		<p>1. 5 % de EFG y 2. 20 % de PA incluidos en SPR</p>	<p>Valor de los indicadores acumulado a diciembre de 2005, obtenidos a través del Sistema de información Concylia.</p>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**PROCESO** 1. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE CMBD.**OBJETIVO** 1.1 El Hospital / Complejo Asistencial mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del CMBD.**VALOR** 75

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial cumple los siguientes criterios en cuanto al CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos del CMBD a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.</li> <li>- La base de datos comprende la totalidad de los registros, codificados o no, correspondientes a los usuarios atendidos en cada escenario de aplicación del CMBD.</li> <li>- La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados de acuerdo a la normativa vigente.</li> <li>- El Hospital / Complejo Asistencial aplica, para las variables clínicas, las normas publicadas a través de la Unidad Técnica de la CIE9MC y aprobadas por el Comité Técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- El Hospital / Complejo Asistencial cumple o supera los porcentajes de codificación de la información clínica, establecido por la normativa vigente.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento de los criterios establecidos.
2	<p>El Hospital / Complejo Asistencial integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.</p>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento del criterio establecido.
3	<p>El Hospital / Complejo Asistencial establece un CMBD de urgencias hospitalarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de urgencias.</li> <li>- Establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de urgencias.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento de los criterios establecidos: identificación del responsable, documentos con metodología y circuitos.
4	<p>El Hospital / Complejo Asistencial establece un CMBD de consultas externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de consultas externas.</li> <li>- Establece la metodología y los circuitos de captura de información necesarios para la implantación del CMBD de consultas externas.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento de los criterios establecidos: identificación del responsable, documentos con metodología y circuitos.
5	<p>El Hospital / Complejo Asistencial establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario con la valoración de las medidas correctoras emprendidas por el Hospital / Complejo Asistencial.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**PROCESO** 2. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE SIAE**OBJETIVO** 2.1 El Hospital / Complejo Asistencial mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del SIAE.**VALOR** 75

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial cumple los siguientes requisitos respecto al SIAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la recuperación de información y en la cumplimentación del SIAE.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío del fichero del SIAE a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.</li> <li>- El fichero del SIAE cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.</li> <li>- El fichero presenta, para los datos exigidos según la normativa vigente, una completa cumplimentación.</li> <li>- El Hospital / Complejo Asistencial comprueba la concordancia de la información contenida en el SIAE con la reflejada en los ficheros del CMBD y de la lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento de los criterios establecidos.
2	<p>El Hospital / Complejo Asistencial establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario con la valoración de las medidas correctoras emprendidas por el Hospital / Complejo Asistencial.

**LÍNEA ESTRATÉGICA**

## VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCESO**

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

**OBJETIVO**

3.1 El Hospital / Complejo Asistencial mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera quirúrgica.

**VALOR**

64

ACTUACIONES		SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial cumple los siguientes requisitos en cuanto al fichero de LEQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la Lista de Espera Quirúrgica.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la Lista de Espera Quirúrgica a la Dirección General de Desarrollo Sanitario.</li> <li>- La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.</li> <li>- La base de datos comprende la totalidad de los registros, codificados o no, correspondiente a los usuarios incluidos tanto en el fichero de activos como en el de salidas, ajustados a las definiciones de la normativa vigente.</li> <li>- Aplica, para las variables clínicas, las normas publicadas a través de la Unidad Técnica de la CIE9MC y aprobadas por el Comité Técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- La totalidad de los campos establecidos como obligatorios se encuentran cumplimentados.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento de los criterios establecidos.
2	El Hospital / Complejo Asistencial pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmente, la información generada.	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento del criterio establecido (informe remitido por el Hospital / Complejo Asistencial a la Dirección General de Desarrollo Sanitario).
3	El Hospital / Complejo Asistencial integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente a todos los registros donde su utilización sea aplicable.	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento del criterio establecido.
4	<p>El Hospital / Complejo Asistencial establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario con la valoración de las medidas correctoras emprendidas por el Hospital / Complejo Asistencial.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**PROCESO** 4. CUMPLIMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS DATOS DE LECYT**OBJETIVO** 4.1 El Hospital / Complejo Asistencial mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.**VALOR** 64

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	<p>El Hospital / Complejo Asistencial cumple los siguientes requisitos respecto del archivo de LECYT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de un responsable directamente implicado en la codificación y recuperación de la información de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.</li> <li>- Cumple los plazos requeridos en el envío de la base de datos de la lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.</li> <li>- La base de datos cumple el formato y la estructura vigente oficialmente establecidos.</li> <li>- La base de datos comprende la totalidad de los registros, correspondientes a los usuarios atendidos, incluidos tanto en el fichero de activos como en el de salidas, ajustados a las definiciones de la normativa vigente.</li> <li>- Comprueba la concordancia de la información contenida en el fichero de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias, con la reflejada en el fichero del SIAE.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento de los criterios establecidos.
2	El Hospital / Complejo Asistencial pone a disposición de los implicados clínicos y gestores, semestralmente, la información generada.	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento del criterio establecido (informe remitido por el Hospital / Complejo Asistencial a la Dirección General de Desarrollo Sanitario).
3	El Hospital / Complejo Asistencial integra progresivamente el Código de Identificación del Paciente para todos los registros donde su utilización sea aplicable.		X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre el cumplimiento del criterio establecido.
4	<p>El Hospital / Complejo Asistencial establece medidas correctoras en las áreas susceptibles de mejora y para cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones precisas, plazos y responsables.</li> </ul>	X	X	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario con la valoración de las medidas correctoras emprendidas por el Hospital / Complejo Asistencial.

**LÍNEA ESTRATÉGICA**

VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

**PROCESO**

1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

**OBJETIVO**

1.1 El Hospital / Complejo Asistencial optimiza la utilización de sus recursos en jornada ordinaria.

**VALOR**

70

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1 El Hospital / Complejo Asistencial analiza su situación respecto a las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y técnicas diagnósticas, establece objetivos de demora con los Servicios y pone en marcha las medidas oportunas dirigidas a conseguir una utilización óptima de los recursos en jornada ordinaria. Monitoriza tanto el grado de cumplimiento de las medidas establecidas, como de los resultados obtenidos y lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>	<p><b>X</b></p>	<p>1. 17 2..2,8</p>	<p>1. Nº de primeras consultas por facultativo en jornada ordinaria de mañana. 2. Nº de intervenciones por facultativo en jornada ordinaria de mañana.</p>

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA**PROCESO** 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**OBJETIVO** 1.2 El Hospital / Complejo Asistencial aplica programas extraordinarios de autoconcertación.**VALOR** 40

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1 El Hospital / Complejo Asistencial, una vez garantizado el rendimiento pactado en jornada ordinaria, aplica programas extraordinarios de autoconcertación para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o técnicas diagnósticas, en caso de ser necesarios para alcanzar sus objetivos de demora.	X	X	Cumplimiento del porcentaje pactado de utilización de quirófano en jornada ordinaria de mañana en aquellas especialidades donde se han aplicado programas extraordinarios de autoconcertación.

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

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

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

**VALOR** 45

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1 El Hospital / Complejo Asistencial utiliza los recursos sanitarios ajenos al sistema mediante concertación para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o técnicas diagnósticas, en caso de ser necesarios para alcanzar sus objetivos de demora.</p> <p>El Hospital / Complejo Asistencial evalúa el grado de cumplimiento de los programas de concertación externa sus resultados, obtiene conclusiones y Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.</p>	X	X	Ausencia mensual de pacientes en LEQ con demora superior a 165 días.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA**PROCESO** 1. USO EFICIENTE Y EQUITATIVO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**OBJETIVO** 1.4 El Hospital / Complejo Asistencial ajusta los tiempos de espera a criterios clínicos de importancia y pronóstico.**VALOR** 45

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1 El Hospital / Complejo Asistencial elabora guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes (según criterios clínicos y/o sociales) en espera de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o pruebas diagnósticas, para los procesos de mayor prevalencia y/o gravedad. Dicha elaboración será progresiva comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio. Igualmente, establece el proceso para su implantación y los compromisos de tiempo de espera máxima para dichos procesos.		X	Documentos: - Guías o protocolos clínicos elaborados (incluyendo el proceso de implantación y el tiempo de espera máxima a garantizar).
2 El Hospital / Complejo Asistencial implanta las guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes elaborados en el ejercicio.		X	Informe en el que se especifican: - las guías o protocolos implantados y el proceso de implantación seguido.
3 El Hospital / Complejo Asistencial evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de priorización implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).			Informe en el que para cada guía o protocolo clínico evaluado se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
4 El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.			Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - las acciones precisas, plazos y responsables.

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

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

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

**VALOR** 65

ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1 El Hospital / Complejo Asistencial elabora e implanta guías o protocolos clínicos de indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera, para los procesos de mayor prevalencia y/o gravedad. Dicho proceso será progresivo, comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio. El Hospital / Complejo Asistencial evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera implantados y lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.	<b>X</b>	3,70	Tasa de indicación de intervenciones quirúrgicas (IQ) por 1.000 habitantes.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA**PROCESO** 3. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE ESPERAS A LA TOMA DE DECISIONES**OBJETIVO** 3.1 El Hospital / Complejo Asistencial gestiona adecuadamente las entradas y las salidas de pacientes del registro de listas de espera.**VALOR** 60

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial gestiona las entradas y salidas de pacientes del registro de listas de espera, ajustándose a los criterios de gestión integral. Evalúa mensualmente la gestión de las entradas y salidas del registro de listas de espera y lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		1. 10% y 2. 12%	1. Porcentaje de salidas sin intervención. 2. Porcentaje de consultas de especialidades no realizadas por no acudir el paciente.

**LÍNEA ESTRATÉGICA** VII. PLAN DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA**PROCESO** 3. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE ESPERAS A LA TOMA DE DECISIONES**OBJETIVO** 3.2 El Hospital / Complejo Asistencial adecua su Sistema de Información para dar respuesta ágil y fiable sobre las esperas.**VALOR** 60

	ACTUACIONES	SIT. DE PARTIDA	OBJ. 2005	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1	El Hospital / Complejo Asistencial garantiza la obtención de toda la información necesaria para la planificación, gestión y evaluación de las Listas de espera, así como para proporcionar información individualizada a los usuarios.	X	X	Auditoría externa.
2	El Hospital / Complejo Asistencial analiza mensualmente la adecuación entre sus necesidades de información y los sistemas utilizados para su recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).	X	X	Informe donde se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
3	El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.		X	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - las acciones precisas, plazos y responsables.



### 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))

