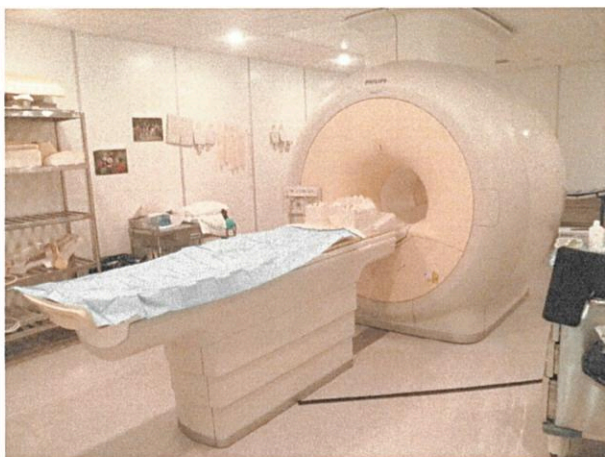


PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA 2017



Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria



**PROGRAMA DE GESTIÓN
CLÍNICA DE LA UNIDAD DE
GESTIÓN CLÍNICA DEL
SERVICIO DE
RADIOLOGÍA POR LA
IMAGEN DEL AREA DE SALUD
DE SORIA 2017**

**PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LA ANUALIDAD 2017 DE LA
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE RADIODIAGNÓSTICO DE LA GERENCIA DE
ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA**

REUNIDOS

D. Enrique Delgado Ruiz, Gerente de Asistencia Sanitaria de Soria

Y D. Carmelo Eguizabal Subero, Director/a de la Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

EXPONEN

Que el *Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León* establece que las unidades de Gestión Clínica son unidades orgánicas sin personalidad jurídica propia, dotadas de autonomía para la organización y la gestión pública de los recursos humanos, materiales, económicos que se les asignen, así como para la realización de la actividad propia de su ámbito y nivel asistencial.

Que la Orden *SAN/822/2016, de 26 de septiembre, por la que se crean Unidades de Gestión Clínica y se determina la composición de los Comités Clínicos de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Público de Salud de Castilla y León*, crea de la Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico con un nivel I de autonomía de gestión y organización.

Que tras la designación del Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, el/la Coordinador/a de enfermería, las personas responsables de las unidades funcionales que la integran, así como de los miembros electivos de los Comités Clínicos, se ha constituido con fecha 23 de noviembre de 2016 dicho Comité Clínico, la Unidad de Gestión Clínica ha comenzado su funcionamiento según lo previsto en el artículo 3.1 de la mencionada Orden.

Que el presente Programa de Gestión Clínica, de conformidad con lo establecido en el artículo 14.1 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, constituye la expresión anual de los compromisos asumidos entre la Gerencia y el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, para un ejercicio presupuestario completo, en orden a asegurar a la población el adecuado acceso a los servicios que prestan en un marco de gestión y coordinación eficiente de los recursos.

Que la actividad y los resultados de la Unidad de Gestión Clínica serán evaluados al finalizar cada ejercicio anual y al completar el periodo de funcionamiento de cuatro años, en los términos establecidos en el artículo 19 del mencionado Decreto.

Que con fecha 30 de diciembre de 2016 se ha dictado Resolución del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, autorizando la formalización del Programa Anual de Gestión Clínica, previo informe favorable de la Dirección General Asistencia Sanitaria y del Director Económico, Presupuestario y Financiero, de conformidad con lo previsto en el artículo 14.2 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León.

En virtud de lo anteriormente expuesto y de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 14 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, las partes reunidas

ACUERDAN

Suscribir el Programa de Gestión Clínica para la anualidad 2017 de la Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico de LA Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

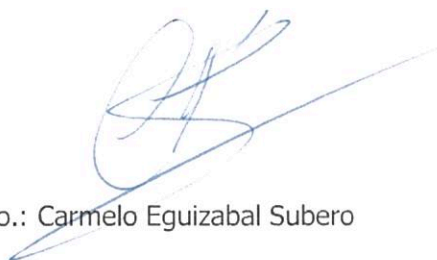
Y para que conste la conformidad con todo lo expuesto, se firma el presente Programa Gestión Clínica, en Soria a 3 de enero de 2017,

Por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria



Fdo.: Enrique Delgado Ruiz

Por la Unidad de Gestión Clínica



Fdo.: Carmelo Eguizabal Subero

CARTERA DE SERVICIOS

Radiología convencional
Ecografías doppler
Resto Ecografías
Mamografías screening
Mamografías diagnósticas
T.A.C.
Procedimientos de Rad. Intervencionista
Resonancia magnética
Genito-Urinario
Digestivos
Densitometrías
Ortopantomografía

RECURSOS HUMANOS

La plantilla actual que integra la Unidad de Gestión Clínica, está compuesta por:

- Licenciados Especialistas.....9
- Enfermero1
- Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico.....4

La relación nominal de profesionales adheridos a la Unidad de Gestión Clínica figura en el Anexo I.

Organigrama directivo

1.- Dirección de la Unidad de Gestión Clínica: Jefatura de Servicio

2.- Coordinación de enfermería: Supervisor de enfermería

3.- Unidades Funcionales:

a) Unidad Funcional de Neuro-radiología y Vascular

b) Unidad Funcional de abdomen/pelvis

c) Unidad Funcional de tórax

d) Unidad Funcional de músculo-esquelético

e) Unidad Funcional de mama

f) Unidad Funcional de intervencionismo

TAREAS, COMPETENCIAS E INTERVENCIONES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD

DE GESTION CLINICA DE RADIODIAGNOSTICO

1. FUNCIONES DEL LICENCIADO ESPECIALISTA DE RADIODIAGNÓSTICO

1.1.- Asistencial

Es la actividad esencial del Licenciado especialista. La mayor parte de los especialistas desarrollan su actividad asistencial en un servicio o unidad asistencial, en un centro ambulatorio o en un hospital, ambos dentro de un Área de Salud. Las principales funciones asistenciales que realiza un radiólogo pueden agruparse en los siguientes apartados:

- 1) **Protección radiológica**, conociendo los efectos somáticos y genéticos de las radiaciones y su aplicación práctica a la protección. También debe saber manejar los posibles efectos adversos de contrastes.
- 2) **Valorar la correcta indicación de una exploración radiológica diagnóstica o terapéutica, evitando la realización de estudios innecesarios.** Especial atención a la realización de exploraciones con radiaciones ionizantes no justificadas y utilizando siempre la menor dosis posible. Se puede usar la "Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por la imagen" promovida por la Comisión Europea en 2000.
- 3) **Informar** de forma amplia y asequible al paciente, familiar o su representante legal, y obtener el **consentimiento informado** si es necesario.
- 4) **Realización directa de diferentes procedimientos radiológicos: ecografía, estudios con contraste, vasculares e intervencionistas.** Incluyendo la evaluación previa del paciente y su seguimiento.
- 5) **Controlar la adecuada realización** de T.C. y R.M incluyendo los estudios radiológicos simples. Cuando precise realización de reconstrucciones y manipulación de las imágenes.
- 6) **Prevención y tratamiento médico de las complicaciones** de los procedimientos invasivos y de las reacciones adversas a los medios de contraste.
- 7) **Interpretación e informe de los estudios radiológicos.** El informe radiológico supone un elemento básico de toda exploración radiológica. Puede constar de los siguientes apartados: técnica realizada, hallazgos patológicos, diagnóstico diferencial, juicio diagnóstico, necesidad de procedimientos complementarios y actitud a seguir desde el punto de vista de la especialidad.
- 8) **Consultas radiológicas.** Tanto con médicos de otras especialidades como con otros radiólogos sobre los hallazgos, posibles diagnósticos y el manejo de pacientes con problemas clínicos concretos. Incluimos aquí las sesiones clínicas multidisciplinarias. Últimamente se están implantando sistemas de consulta por telerradiología.
- 9) **Seguir los principios éticos** que han de inspirar todos sus actos profesionales, siendo plenamente responsable de las responsabilidades que de ellos pueda derivarse. Se incluye aquí el mantenimiento del secreto profesional.

1.2.- Docente

Viene recogida en el Título VI de la Ley General de Sanidad, la estructura asistencial de S. Sanitario puede ser utilizada con ese fin. La docencia, la investigación y la formación continuada son elementos que se integran en una asistencia de calidad; y son imprescindibles para alcanzarla y mantener la excelencia clínica de un servicio. No debemos olvidar que el proceso docente es beneficioso para todas las partes implicadas.

- 1) **Docencia médica pregraduada:** Se realiza básicamente en las unidades de docencia de los Hospitales Universitarios y en los Centros que mantienen convenios docentes con las Universidades. La participación de los facultativos puede ser a través de clases teóricas, actividades prácticas, labores de tutoría y dirección de tesis.
- 2) **Docencia médica postgraduada:** En los Centros y Unidades Docentes acreditadas, los facultativos colaboran en la formación postgraduada de especialistas dentro del sistema M.I.R., mediante la enseñanza de conocimientos teóricos, prácticos, supervisando su formación incluyendo labores de tutoría. Los facultativos que posean el grado de Doctor pueden participar en los programas de estudios de Tercer ciclo. En todos Centros puede colaborar en la formación de otras especialidades en la parcela de radiodiagnóstico.
- 3) **Docencia de personal no facultativo** colaborando en la formación de técnicos de Radiodiagnóstico, de enfermería y del resto de profesionales que integran un Servicio de Radiología.
- 4) **Formación médica continuada** necesaria para mantener y perfeccionar nuestros conocimientos y habilidades, e incrementar las capacidades y la competencia de los profesionales. Debe enfocarse no sólo a la parte científica, incluyendo gestión clínica, informática, sistemas de información, archivo y transmisión de imágenes, la epidemiología y la metodología de la investigación (MBE). Se realiza fundamentalmente a través de:
 - El estudio personal, aprovechando las últimas tecnologías.
 - Sesiones de presentación de casos, monográficas y bibliográficas.
 - Participación en conferencias, sesiones hospitalarias y reuniones con otros especialistas (multidisciplinarias), talleres prácticos.
 - Asistencia a cursos, reuniones, seminarios, congresos etc.
 - Ampliación de estudios en otros Centros.

1-3.- Investigación.

Viene recogida en el artículo 106 del Título VI de la Ley General de Sanidad que establece que las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el Sistema Sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo. Incluimos como actividades de investigación:

- Tesis de Licenciatura y Tesis Doctorales
- Proyectos de investigación y ensayos clínicos, Implicarse activamente en aquellas investigaciones que se apoyen total o parcialmente en técnicas de imagen.
- Realizar estudios fiables sobre efectividad y eficiencia de las pruebas radiológicas en las diferentes patologías que permitan tomar decisiones con respecto a su uso e incorporarlas a las guías de práctica clínica.

- Realizar estudios descriptivos de los hallazgos semiológicos con las diferentes técnicas de imagen, especialmente de las de reciente implantación: RM, CT multicorte, nuevos medios de contraste.
- Difundir los resultados de los estudios a través de artículos que se publiquen en revistas de difusión tanto nacional como internacional, con un impacto tan elevado como sea posible y mediante ponencias y comunicaciones presentadas en reuniones y congresos
- Participar activamente en la Comisión de Investigación del hospital.

1.4.- Participación institucional, Gestión y Control de Calidad.

- Formar parte de las comisiones hospitalarias relacionadas con la especialidad.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del Centro relacionados con su actividad.
- Realización de informes médico-legales cuando le fueran requeridos.
- Administrar y controlar los recursos asignados colaborando de forma activa en las labores de gestión.
- Participar en programas de prevención, promoción y educación sanitarias.
- Ejecutar la normativa y directrices del hospital, cumplimentar los registros normalizados del centro y cumpliendo los protocolos acordados.
- Efectuar la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de los objetivos y metas establecidos.
- Valorar el grado de satisfacción de la población.

1.5.- Colaboración con otras especialidades y niveles asistenciales

Con otras especialidades

- Elaboración conjunta de protocolos de actuación, guías de práctica clínicas.
- Sesiones clínicas conjuntas.
- Determinación de los niveles mínimos de información clínica sobre el paciente que deben de estar presentes en la solicitud de un procedimiento radiológico.
- Establecimiento de un circuito de información entre los servicios implicados, con el diseño de un sistema de prioridades (ordinario, preferente, urgente) y de tiempos de respuesta (gestión del tiempo).

Con Atención Primaria:

- Actuar como consultores para decidir la prueba más indicada, identificando la patología de los pacientes, antes de que estos sean derivados a otros especialistas.
- La elaboración conjunta de protocolos
- Participación en sesiones clínicas conjuntas.
- Establecer circuitos prácticos de consulta o tránsito de información con Atención Primaria utilizando nuevas tecnologías para compensar los problemas de accesibilidad: correo electrónico, transmisión de imágenes,...

2. FUNCIONES DEL COORDINADOR DE ENFERMERIA

- Gestión de los recursos humanos (liderazgo, capacidad de planificación y de gestión).
- Gestión de recursos materiales (control de stock, gastos, eficacia / eficiencia de los recursos materiales).
- Gestión de los cuidados de enfermería.
- Establecer normas, procedimientos o protocolo validados y consensuados.
- Establecer mecanismos para mejorar la calidad de manera continua de los cuidados, actividades y técnicas prestados en la unidad.
- Manejo de aplicaciones informáticas.
- Priorización y resolución de problemas.
- Manejo eficaz la relación con el paciente y/o familia y con los profesionales de la unidad. Habilidades de comunicación.
- Orientación al logro de los objetivos de la unidad
- Orientación a la mejora continua.
- Detección de necesidades formativas del personal de la unidad. Establecer programa de formación continuada del personal de la unidad

3. FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Tareas generales:

- Cumplir y aplicar las acciones de enfermería para satisfacer las necesidades básicas del paciente.
- Participar activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante la información, atención psicológica, preparación física y recuperación del paciente.
- Conocer e identificar el material de trabajo con exactitud a fin de proporcionar información de utilización en casos específicos.
- Gestionar, solicitar y supervisar los medicamentos e insumos en general.
- Supervisar las tareas de lavado, secado, empaque, esterilización y almacenamiento del material.
- Supervisar las tareas de higiene y desinfección del servicio.
- Colaborar en la firma del Consentimiento de los Procedimientos.
- Registro de Radiodiagnóstico”, dentro del apartado de Registros de Enfermería en GACELA, las observaciones, recomendaciones o datos reseñables sobre la prueba realizada al paciente podrán verse consultando dicho registro.

Tareas específicas:

El personal de enfermería dentro del equipo de salud es considerado de gran importancia en el campo de Radiología, por lo que sus funciones van dirigidas a:

- Valoración: Es el primer paso en el proceso de atención de enfermería; (motivo de consulta, antecedentes de alergia, medicamentos que está tomando, horas de ayunas, peso, talla).
- Examen físico para obtener datos objetivos del paciente, analizar las características o alteraciones que presente el paciente que pueda influir en el desarrollo del procedimiento. El examen físico permite observar, interrogar, examinar, evaluar y anotar signos vitales dependiendo de la región donde se va a realizar el procedimiento.
- Apoyo Psicológico: Antes del procedimiento el paciente debe recibir un trato amable, cordial, dando confianza para disminuir el grado de ansiedad y nerviosismo explicando en qué consiste la prueba, duración y síntomas.
- Preparación para el procedimiento: Conducir al paciente al vestuario indicarle que ropa debe ponerse para el procedimiento (gorro, bata, etc)
- Asegurarse que las pertenencias del paciente están en lugar seguro y que su preparación física es correcta (rasurado, canalización de vías, asepsia de la zona).
- Asistencia al Radiólogo en casos diagnósticos o terapéuticos si es necesario.
- Selección del material junto con el médico: para ello es necesario conocer las características del material (catéteres diagnósticos, catéteres guía, introductores, balones, catéteres de perfusión, etc).
- Vigilancia durante el procedimiento de signos vitales, monitorización continua, alerta a signos de reacciones adversas al contraste, reacciones vagales (náuseas, T.A, etc.)
- Manejo de pacientes de alto riesgo: el enfermero debe de estar preparado para la utilización de respiradores, manejo de los fármacos, diluciones y administración. Estar adiestrado en RPC, colocación de catéteres, sondas, interpretación de los monitores, electros, etc.
- Acondicionamiento de la sala de acuerdo al procedimiento que se vaya a realizar.
- Supervisión y Gestión del stock de medicación y material, orden del depósito del material e inventario del mismo.
- Supervisión de las tareas de higiene, desinfección de la Unidad, lavado del material, secado, empaquetado, rotulado, esterilización y ubicación del material.
- Registro de los procedimientos terapéuticos y diagnósticos y material implantado.
- Participar en la retirada de introductores, realizar curas y mantenimiento constante de punto de punción.
- Realizar electrocardiogramas de rutina a los pacientes sometidos a Procedimientos Terapéuticos.
- Explicar al paciente antes de salir de la sala los cuidados que debe tener en el sitio de punción; posibles hematoma, cambio de color, dolor, tiempo de reposo etc.
- Vigilar que la toma de los gases de la sala esté en buen estado.
- Coordinar y participar en actividades de docencia, cursos, investigación, congresos nacionales e internacionales de la Especialidad junto con el resto del servicio.

4. FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID)

El técnico es un Recurso Humano dentro de la Unidad, que forma parte del equipo de trabajo; dentro de sus funciones están las siguientes:

- Cumplir y aplicar correctamente técnicas de radiografías y el conocimiento anatómico tanto en examen diagnóstico como terapéutico.
- Manejar el equipo de Rx, calibración, calidad de imagen, mantenimientos previstos y detectar fallos.
- Conseguir el mayor rendimiento posible del equipo proporcionando al médico la mejor imagen.
- Los portátiles los realizará un T.S.I.D.
- Registrar el diario de operaciones de mantenimiento de equipamiento y de apoyo asistencial.
- Ejecutar protocolos de exámenes y procesamiento de imágenes.
- Controlar y supervisar los elementos de protección plomada y control dosimétrico de todo el personal.
- Garantizar las normas de Bioseguridad.
- Colaborar con el enfermero en la sala durante las urgencias o emergencias.
- Es el encargado que se cumpla los requisitos de radioprotección tanto del enfermo como de todo el personal que entra en la sala.
- Participar en cursos, congresos,...

RECURSOS MATERIALES Y TECNOLÓGICOS

El equipamiento tecnológico disponible en el Área de Salud en el año 2017 es el siguiente:

Tipo de equipo	Ubicación
Resonancia	H.Santa Bárbara
TAC Helicoidal	H.Santa Bárbara
Sala de Rayos (1)	H.Santa Bárbara
Sala de Rayos (2)	H.Santa Bárbara
Sala de Rayos (3)	H.Santa Bárbara
Mamógrafo (sala 4)	H.Santa Bárbara
Telemando (sala 5)	H.Santa Bárbara
Telemando (sala 7)	H.Santa Bárbara
Arco quirúrgico	H.Santa Bárbara
Arco quirúrgico	H.Santa Bárbara
Arco quirúrgico	H.Santa Bárbara
Portátil de rayos	H.Santa Bárbara
Portátil de rayos	H.Santa Bárbara
Portátil de rayos	H.Santa Bárbara
Portátil de rayos	H.Santa Bárbara
Sala de Rayos (1)	H.Virgen del Mirón
Telemando	H.Virgen del Mirón
Densitómetro	H.Virgen del Mirón
Portátil de rayos	H.Virgen del Mirón
Sala de Rayos (1)	C.S.La Milagrosa
Sala de Rayos (1)	C.S.El Burgo de Osma
Mamógrafo (sala 4)	C.S.La Milagrosa
Equipo de RX dental	H.Santa Bárbara
Ecógrafo (ECO 1)	H.Santa Bárbara
Ecógrafo (ECO 2)	H.Santa Bárbara
Ecógrafo (ECO 3)	H.Santa Bárbara
Ecógrafo Mama	H.Santa Bárbara
Ecógrafo	H.Virgen del Mirón

La Unidad de Diagnóstico por imagen cuenta un sistema de digitalización de imágenes radiológicas desde el año 2006 en todos los centros y puntos de atención.
Esta Unidad está integrada en el Anillo radiológico de Castilla y León.

PRESUPUESTO

El presupuesto asignado a la Unidad de Gestión Clínica es el siguiente:

CAPÍTULO	PRESUPUESTO 2017
CAPÍTULO 1	2.185.046,97
CAPÍTULO 2	377.476,14
CAPÍTULO 4	2.005,14
TOTAL GASTOS DIRECTOS	2.564.528,25
TOTAL GASTOS INDIRECTOS	135.513,35
TOTAL	2.700.041,61 €

Los objetivos presupuestarios se concretan en el cumplimiento del presupuesto global asignado.




CUADRO DE MANDO

1.- INDICADORES COMUNES

2.- INDICADORES ESPECIFICOS

3.- ESTANDARES DE CALIDAD

4. SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES Y DEL PERSONAL

5. TAREAS DE LOS MIEMBROS DE LA U.G.C.

Handwritten signature and a large blue arrow pointing downwards.

“OBJETIVOS ASISTENCIALES, DE CALIDAD, COORDINACIÓN, ESPECÍFICOS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DEL PACIENTE CRÓNICO, INSTITUCIONALES DE LA GRS, FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN”

1. INDICADORES COMUNES

Tipo de Objetivo	Dimensión	Indicador	Fórmula	Estándar	Objetivo 2017	Fuente / sistema de información
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	Efectividad	1.1 Porcentaje de correlación entre los diagnósticos radiológicos y anatomopatológicos	Nº de diagnósticos radiológicos y anatomopatológicos concordantes / Nº total de diagnósticos * 100	90%	≥90%	Muestra aleatoria en evaluación al finalizar el ejercicio
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad Objetivo de coordinación		1.2 Porcentaje de Exámenes informados y disponibles en la Hta. Electrónica (excepto radiología convencional)	Nº estudios informados disponibles en la HCE/nº estudios realizados	98 %	≥98%	Historia clínica electrónica
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad		1.3 Tasas de frecuentación radiológica de las principales pruebas	Número exploraciones año por cada modalidad de imagen/ Población del Área x 1000	Estándares a definir de SACYL	Monitorizar en 2017	Informe de evaluación final del ejercicio

Objetivo institucional de La GRS	1.4 Establecer protocolos técnicos de indicación de diferentes estudios radiológicos previa priorización.	Número de protocolos	Incremento anual	Al menos 1/año	Informe de evaluación final del ejercicio
Objetivo institucional de La GRS	1.5 Establecer si precisa protocolos técnicos para la realización de diferentes estudios radiológicos.	Número de protocolos	Revisión	Al menos 1/año	Informe de evaluación final del ejercicio
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	1.6 Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente	Número de incidentes notificados	1. Se realizan entre 10-30 notificaciones/año, se analizan más del 90% de los incidentes recibidos proponiendo mejoras, y se implantan, al menos, el 35% de estas mejoras 2. Se realizan >30 notificaciones al año, se analizan más del 90% de los incidentes con daño potencial elevado recibidos (moderado, severo o muerte) proponiendo mejoras, y se implantan, al menos, el 35% de estas mejoras	10 notificaciones año con análisis de al menos 9 de ellos. Comunicación, estudio y extracción de oportunidades de mejora del 100% de los errores detectados	SISNOT

Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	Accesibilidad	1.7 Lista de espera. Espera máxima lista de espera de pruebas realizadas	(fecha de realización-fecha de solicitud)/nº de pacientes	Objetivos PERCYLES Y PAG	Objetivos PERCYLES Y PAG	PERCYLES Y PAG
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	Orientación al usuario	1.8 % citas reprogramadas estructurales motivadas por un mal funcionamiento del Servicio.	Nº pruebas reprogramadas /nº pruebas citadas	< 0.5% de las pruebas citadas	< 0.5% de las pruebas citadas	HPHIS
		1.9 % pruebas anuladas	Nº pruebas anuladas/nº pruebas citadas	< 0.5% de las pruebas citadas	< 0.5% de las pruebas citadas	HPHIS
Objetivo asistencial y de calidad	Seguridad	1.10 Análisis de eventos centinelas: • Muerte en sala de espera o espera camas • Muerte durante la exploración • Accidentes con lesión • Exploración accidental a embarazada	Número de eventos centinelas comunicados y analizados	100% de incidentes centinela son comunicados, analizados y abordados a través de un plan de mejora si es preciso	100% de incidentes centinela son comunicados, analizados y abordados a través de un plan de mejora si es preciso	Informe de análisis de incidentes centinela y plan de mejora propuesto
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	Satisfacción del paciente (bienal)	1.11. Satisfacción global con la atención recibida	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80%	Evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
		1.12. Fidelidad: volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80%	Evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
		1.13. Satisfacción con el trato recibido (trato, amabilidad, intimidad)	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80%	Evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria

calidad		1.14. Satisfacción con las competencias de los profesionales	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80%	Evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
		1.15. Satisfacción con la información recibida	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80%	Evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
		1.16. Satisfacción con el tiempo de espera para entrar en la cabina	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80%	Evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	Satisfacción del cliente interno	1.17. Satisfacción global con el servicio prestado por la unidad	% profesionales que realizan valoración positiva/total encuestados	"Estándar definido por la GRS"	Evaluable en 2018 y 2020	Informe final de Evaluación
		1.18. Satisfacción con el trato recibido (trato, amabilidad)	% profesionales que realizan valoración positiva/total encuestados	"Estándar definido por la GRS"	Evaluable en 2018 y 2020	Informe final de Evaluación
		1.19. Satisfacción con las competencias de los profesionales	% profesionales que realizan valoración positiva/total encuestados	"Estándar definido por la GRS"	Evaluable en 2018 y 2020	Informe final de Evaluación
		1.20. Satisfacción con la información recibida	% profesionales que realizan valoración positiva/total encuestados	"Estándar definido por la GRS"	Evaluable en 2018 y 2020	Informe final de Evaluación

		1.21. Satisfacción con el tiempo de espera desde su solicitud	% profesionales que realizan valoración positiva/total encuestados	"Estándar definido por la GRS"	Evaluable en 2018 y 2020	Informe final de Evaluación
Objetivo institucional de La GRS Objetivo asistencial y de calidad	Clima laboral (bienal)	Satisfacción global	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con las condiciones de trabajo (horario, instalaciones, entorno de trabajo, recursos disponibles,..)	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la formación y oportunidades de desarrollo profesional	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la posibilidad de participar en la mejora de la unidad	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la comunicación	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la relación mando-colaborador	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet

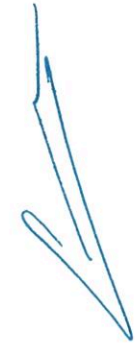
		Satisfacción con el reconocimiento en la unidad	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales		"Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020"	Cuestionario alojado en la intranet
--	--	---	--	--	---	-------------------------------------

1. INDICADORES ESPECÍFICOS

Objetivo	Indicador	Fórmula	Estandar	Objetivo 2017r	Fuente
Formación intraunidad	2.1 N° Sesiones acreditadas		10/año	10/año	Gestión@FC
Docencia.	2.2 N° rotaciones				
Contribuir al desarrollo de la Línea Estratégica de Formación Especializada 2015-2020 de la GASSO y Cubrir las necesidades de los Planes Anuales de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria y Especializada de Soria en el ámbito de la especialidad	2.3 N° sesiones		Cubrir la demanda solicitada	Cubrir la demanda solicitada	Informe final del ejercicio del coordinador de formación de Formación
	2.4 N° cursos				



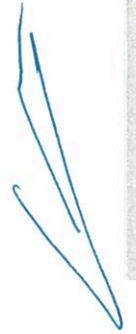

Estrategia regional del paciente crónico	2.5 Alta resolución en pacientes UCA	(Número de pruebas diagnósticas realizadas en el mismo día de indicación/ Número total de pruebas diagnósticas solicitadas en el mismo día)x 100		Realizar la pruebas diagnósticas en el mismo día de la consulta en el 90% de las peticiones que se hagan desde la UCA	Informe final de Dirección de Procesos a través del RIS
Investigación	2.6 Formación en metodología de la investigación.	Profesionales de la UGC que realizan un curso anual sobre el total de profesionales de la UGC	Programación de un curso anual	Realización de un curso anual por el 50% de los miembros de la UGC	Informe al final del ejercicio del director de la unidad

	2.7 Proyectos de investigación	Número de proyectos de investigación en curso	Participación en un proyecto de investigación anual	Al menos 1 línea de investigación abierta	
	2.8 Publicaciones y/o comunicaciones.	Número de publicaciones y/o comunicaciones presentadas	Una publicación en revista indexada o comunicación presentada a congreso nacional / regional	Al menos 1 publicación o comunicación anual	

2. ESTANDARES DE CALIDAD

		Estándar	Garantiza	Nivel	Sistema de autoevaluación	Sistema de evaluación
DERECHOS E LOS PACIENTES	1.	Define la relación de intervenciones y/o procedimientos que requieren CONSENTIMIENTO INFORMADO y utiliza los modelos de consentimiento establecidos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	2.	Garantiza la INTIMIDAD de los pacientes	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	3.	Analiza las QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS e introduce mejoras que eviten su repetición. Gestiona las reclamaciones de acuerdo a la legislación	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

 		4. LOS PROFESIONALES QUE REALIZAN LAS PRUEBAS SE IDENTIFICAN	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		5. Asegura la confidencialidad y la seguridad en el acceso a la DOCUMENTACION CLÍNICA	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD PACIENTE	1. CUMPLIMIENTO DIRECTIVA EUROPEA 2013/59/EURATOM SOBRE NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS DERIVADOS DE EXPOSICIONES ASÍ COMO EN LA REGLAMENTACIÓN NACIONAL ESPECIFICA	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		2. IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES, DE LA PRUEBA SOLICITADA, DE LAS IMÁGENES E INFORMES EMITIDOS	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		3. VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS (alergias, daño renal, rx en mujer gestante, rx en niños, riesgo de caídas, portador de material ferromagnetico,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

4. PROCEDIMIENTOS DE PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
5. GESTIÓN ANTE UNA PARADA O UNA REACCIÓN ALERGICA AL CONTRASTE	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
6. COMUNICACIÓN INMEDIATA DE HALLAZGOS CRITICOS A FACULTATIVO SOLICITANTE	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
7. GESTIÓN DE MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS. Revisión periódica de caducidades. Custodia y manejo de estupefacientes y psicotropos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
8. HIGIENE DE MANOS. Se alcanzan niveles altos de adherencia	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

 		9. PLAN DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES con advertencias sobre los principales riesgos de la unidad y recomendaciones para prevenirlos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		10. NOTIFICA INCIDENTES, LOS ANALIZA Y PROPONE MEJORAS QUE EVITE SU REPETICIÓN	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		11. DEFINE EVENTOS CENTINELAS Y ANALIZA SUS CAUSAS CUANDO SE PRODUCEN	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		12. Define el MAPA DE RIESGOS DE LA UNIDAD y propone prácticas seguras que den respuesta a esos riesgos	Cumplimiento	Nivel III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	GESTIÓN DE PROCESOS	1. Se ha definido el MAPA DE PROCESOS de la unidad	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

	2. Se han definido e implantado los principales PROCESOS ORGANIZATIVOS de la unidad y se revisan y mejoran periódicamente. Cada uno recoge: • Actividades a realizar • Funciones y responsabilidades de los profesionales en cada proceso • Puntos críticos de cada proceso para asegurar buenos resultados • Indicaciones de los principales procedimientos quirúrgicos y exploraciones complementarias utilizadas en la unidad • Interacciones, relaciones con otros servicios, unidades, niveles de atención, centros de referencia y demoras acordadas según nivel de prioridad , mapa de derivaciones • Guías, vías clínicas y planes de cuidado de referencia • Indicadores	Cumplimiento	Nivel II y III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
--	---	--------------	----------------	---	---

4. SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES Y DEL PERSONAL

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES Y DEL PERSONAL	INDICADOR	GARANTÍA	NIVEL
	4.1 Cumplir legislación de seguridad instalaciones radiológicas	Cumplimiento	En todos los niveles
	4.2 En colaboración con la Dirección del Hospital dispone de un sistema de revisión periódica de la seguridad de las instalaciones	Cumplimiento	En todos los niveles
	4.3 En colaboración con la Dirección del Hospital dispone de un sistema de revisión periódica de Calidad del equipamiento del Servicio	Cumplimiento	En todos los niveles
	4.4 Tiene establecido una sistemática de control de la carga radiológica que recibe su personal	Asegurar la utilización y la lectura de dosímetros por todos los profesionales de la unidad que lo precisen.	En todos los niveles Comprobar uso en los trabajadores de forma aleatoria
	4.5 Seguir procedimientos adecuados para la eliminación de residuos sanitarios	Cumplimiento	En todos los niveles

ANEXO. OBJETIVOS DE LOS MIEMBROS DE LA U.G.C. POR CATEGORÍA PROFESIONAL

Categoría	Objetivos
LICENCIADO ESPECIALISTA	Indicadores Comunes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, del 11 al 21 Indicadores específicos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Derechos de los pacientes: 1, 2, 3, 4, 5 Gestión de riesgos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 Gestión de procesos: 1 Seguridad: 1, 2, 3, 4, 5
ENFERMERO	Indicadores Comunes: 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, del 11 al 21 Indicadores específicos: 1, 5, 6, 7, 8 Derechos de los pacientes: 1, 2, 3, 4, 5 Gestión de riesgos: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Gestión de procesos: 1 Seguridad: 1, 2, 3, 4, 5
TSID	Indicadores Comunes: 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, del 11 al 21 Indicadores específicos: 1, 5, 6, 7, 8 Derechos de los pacientes: 1, 2, 3, 4, 5 Gestión de riesgos: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11 Gestión de procesos: 1 Seguridad: 1, 2, 3, 4, 5