



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com



NuevoHospital

Vol. VI - Nº 12 - Año 2006 - Nº edición: 123

Publicado el 20 de marzo de 2006

PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2006

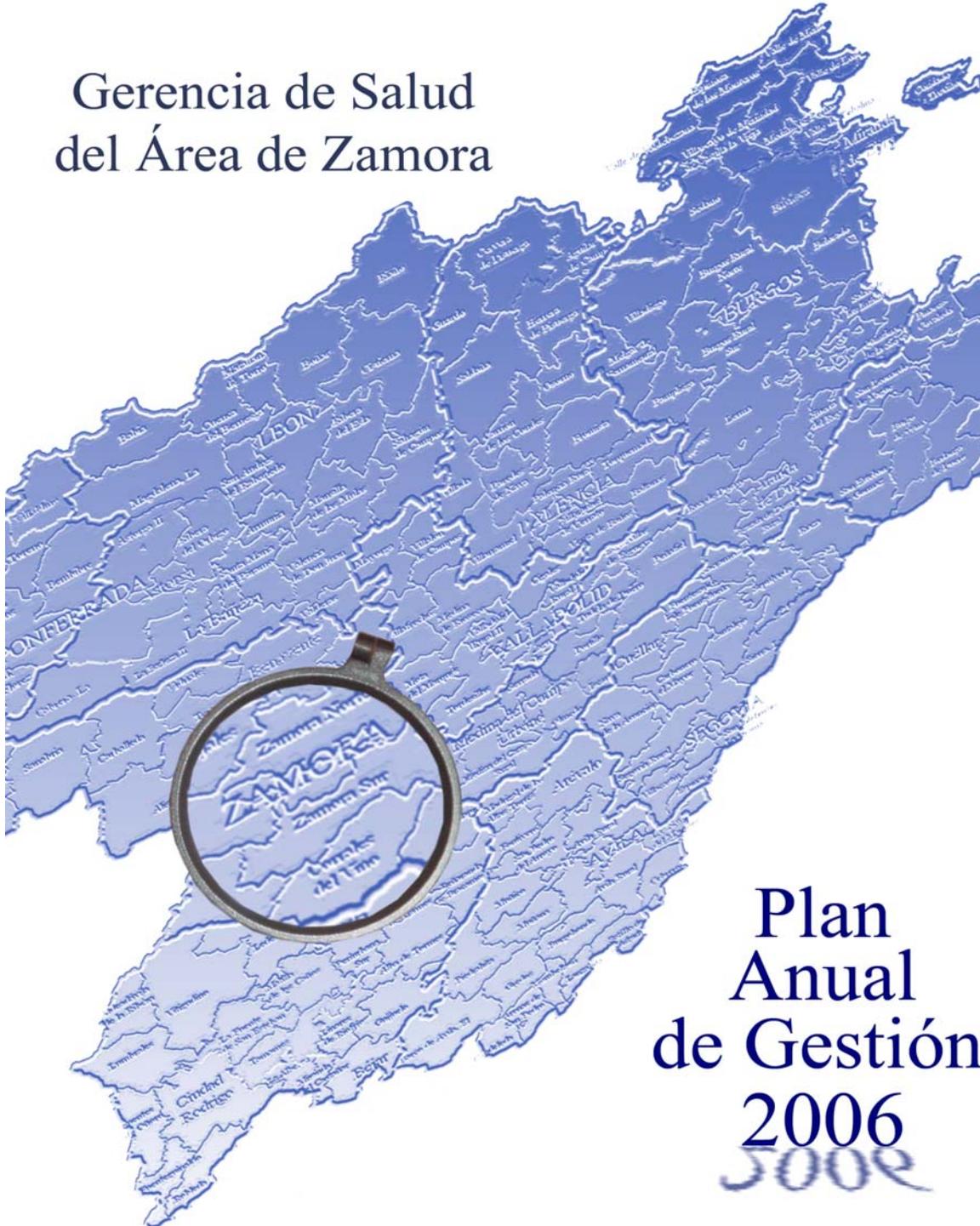
Gerencia de Salud de Área de Zamora

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

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

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

Gerencia de Salud del Área de Zamora



Plan Anual de Gestión 2006



ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN	3
- PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2006: CONSIDERACIONES GENERALES	4
- LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS:	
A.- ORIENTACIÓN AL CIUDADANO:	10
B.- PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES:.....	17
C.- GESTIÓN EFICIENTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA:	19
- ANEXOS:	
ANEXO I.- POBLACIÓN	33
ANEXO II.- SERVICIOS DE REFERENCIA DE A. ESPECIALIZADA	35
ANEXO III.- DATOS DE ACTIVIDAD – CARTERA DE SERVICIOS.....	36

INTRODUCCIÓN

La Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de la Comunidad de Castilla y León ordena las actividades sanitarias del Sistema de Salud de Castilla y León y crea la Gerencia Regional de Salud como un instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos sanitarios encomendados por la Junta de Castilla y León.

El programa de gobierno de esta legislatura tiene entre sus objetivos prioritarios la garantía de la calidad de vida de los castellanos y leoneses, representando la sanidad un elemento esencial para asegurarla y en medida de lo posible, enriquecerla. Dicho programa establece como reto, la construcción de un sistema sanitario propio, público y universal, que garantice a los ciudadanos de Castilla y León una respuesta de calidad a sus problemas de salud, sobre la base de seis compromisos básicos:

- Autosuficiencia
- Accesibilidad
- Calidad
- Participación
- Garantía de Salud Pública
- Innovación

De estos compromisos deriva una serie de actuaciones y medidas que forman parte de una estrategia dirigida a mantener y mejorar el sistema sanitario actual y a conseguir una mayor flexibilidad que permita su adaptación a las nuevas necesidades de salud y a las expectativas de nuestros ciudadanos.

El reglamento de la Gerencia Regional de Salud, como órgano competente para la administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, establece que ésta elaborará y desarrollará un Plan Anual de Gestión en los ámbitos de la Atención Primaria y de la Atención Especializada. Éste tendrá como fin la optimización de los recursos disponibles y la mejora continuada de la calidad, de cara al cumplimiento de los objetivos previstos en el Plan de Salud de Castilla y León y en el resto de disposiciones de planificación sanitaria que se establezcan por parte de la Junta de Castilla y León.

El artículo 19 del mismo reglamento establece que la Gestión de la Gerencia Regional de Salud en el ámbito de las Áreas de Salud se realizará a través de la Gerencia de Salud de Área. Se hace necesario por lo tanto ahondar en un Plan de Gestión que abordando ambos ámbitos determine los objetivos y las líneas de actuación para el Área.

El Plan Anual de Gestión pretende ser el instrumento con el que se hace operativa la política sanitaria regional y se da respuesta a los compromisos de la legislatura, profundizando en la metodología de la calidad en nuestros centros y contribuyendo a la integración de la gestión sanitaria y la gestión clínica.

PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2006: CONSIDERACIONES GENERALES

El P. A. G. 2006 tiene por objeto, *a través de una dirección participativa por objetivos*, implicar a toda la organización de forma que cada parte de la misma se haga responsable de los suyos. Por medio de este Plan, la Gerencia Regional de Salud establece para cada Área de salud los objetivos y las metas a conseguir en el año 2006. A su vez, el Plan se convierte en el instrumento de referencia para que las Gerencias de Área, de Atención Primaria y de Atención Especializada elaboren y pacten documentos específicos de objetivos para los Servicios y Unidades de sus Centros, impulsando la participación de los profesionales, la descentralización en la toma de decisiones y la responsabilidad en la gestión.

Por otro lado, el P. A. G. 2006 trata de avanzar en la consecución de un sistema sanitario garante de la continuidad asistencial, iniciado en años anteriores. Para lograr este objetivo, el Plan tiene como ámbito de actuación el Área de Salud, siendo la coordinación e integración de niveles asistenciales elementos fundamentales del mismo.

Este Plan de Gestión ha de ser una herramienta sencilla, en la que se definen con claridad los objetivos, e incluye una metodología de evaluación ágil, orientada fundamentalmente a indicadores de resultados de los procesos y de las actividades, con independencia de la posibilidad de que existan otros documentos que establezcan una planificación a corto y largo plazo sobre objetivos de carácter estratégico.

La organización de los centros se debe por lo tanto adaptar para la consecución de los objetivos marcados en el PAG, no pudiendo ser la actividad en ningún caso inferior a la del año anterior en tanto en cuanto no se alcancen los mismos.

El Plan Anual de Gestión 2006 está articulado a través de tres grandes líneas:

- La orientación al ciudadano.
- La participación de los profesionales.
- La gestión eficiente de la asistencia sanitaria.

▣ ORIENTACIÓN AL CIUDADANO:

Los profundos cambios sociales, culturales, tecnológicos y socioeconómicos producidos en nuestra sociedad en las últimas décadas, que han influido en la manera de vivir y de enfermar de los ciudadanos, afectan a los principios de relación de las Administraciones Públicas con ellos, de forma que éstos adquieren una mayor implicación y participación en las decisiones que les atañen.

Como destinatario de los servicios sanitarios, el ciudadano pasa a ser el centro del sistema sanitario público de Castilla y León que tiene el deber de garantizar el derecho a la protección de la salud y, por tanto, ha de promover el principio de universalización del derecho a la asistencia sanitaria, asegurando que el acceso y las prestaciones se realicen en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación. Por otra parte, esta orientación que considera al ciudadano, y no a la enfermedad, como núcleo de la acción del sistema, requiere el conocimiento profundo de su opinión sobre el servicio recibido y de sus expectativas, con el fin de incorporar esta información a la toma de decisiones y así orientar a la organización sanitaria hacia la mejora continua de la calidad.

Los objetivos correspondientes a esta línea de actuación abarcan tanto la garantía de los derechos de los ciudadanos con respecto a la salud, como el análisis de la calidad de los servicios percibida por los usuarios de Sacyl.

□ **PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES:**

El importante número de trabajadores al servicio del Sistema Sanitario de Castilla y León, que ha de atender a una población caracterizada por su dispersión y envejecimiento, nos hace ser conscientes de la necesidad de buscar fórmulas de gestión que permitan organizar nuestros recursos humanos de la forma más óptima, pues, sólo así, será posible garantizar la cobertura asistencial con los recursos económicos existentes.

Para prestar una asistencia sanitaria de calidad es necesaria la actualización continua de los conocimientos del personal mediante programas formativos con capacidad para llegar a todos los trabajadores, adecuados a las necesidades de cada puesto de trabajo y con contenidos de calidad. De estos factores dependerán los resultados de la formación y la mejora de nuestra asistencia.

Los recursos humanos son sin duda el elemento básico sobre el que se sustenta nuestra sanidad; sin su colaboración, compromiso e implicación activa, cualquier esfuerzo resultará baldío. Es preciso, por tanto, establecer mecanismos de comunicación para hacer partícipes a los trabajadores de los objetivos a alcanzar y de los resultados obtenidos.

□ **GESTIÓN EFICIENTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA:**

El Plan Anual de Gestión, para el ejercicio 2006, ha de ser una herramienta para la sostenibilidad del sistema sanitario público en la Comunidad Autónoma de Castilla y León; y nada mejor para ello que lograr el cumplimiento de los objetivos asistenciales con el menor coste posible, pues, consiguiendo la eficiencia en la gestión, estaremos elevando las posibilidades de actuación de nuestro sistema sanitario.

La línea de actuación de Gestión Eficiente de la asistencia sanitaria, tiene como objetivo abordar la totalidad de las prestaciones sanitarias de forma integral y coordinada, con el fin de alcanzar

la mejora continua de la calidad prestada, atendiendo a la demanda tanto sanitaria como organizativa de la población y ajustándose, en todo caso, a la previsión de gasto.

Para afrontar estos aspectos, han de establecerse una serie de actuaciones orientadas a la adecuación de la actividad de los profesionales para la consecución de los objetivos fijados por la organización, a la mejora del rendimiento de ésta, mediante un uso eficiente de sus recursos (físicos y humanos), a la mejora constante del desempeño y de la práctica clínica con la menor variabilidad posible y la gestión administrativa del gasto público.

Todo ello conforma un eje básico que persigue conseguir un nivel óptimo de calidad en todos los centros, así como seguir avanzando en la continuidad asistencial, evitando de esta forma la percepción por parte del usuario de diferentes niveles asistenciales.

Para las tres grandes líneas en las que se articula el Plan Anual de Gestión 2006, y que acabamos de describir, se establecen una serie de **OBJETIVOS** seleccionados en función de su relevancia para impulsar el desarrollo de la organización y mejorar la asistencia sanitaria prestada. En la definición de cada objetivo se determina, los INDICADORES de medida, la FUENTE DE INFORMACIÓN de la que se obtienen y el ESTANDAR fijado para cada objetivo. La inclusión de cada objetivo en una de las líneas de actuación obedece a una cuestión de organización del documento, dado que muchos de ellos están asociados a más de una línea o incluso las tres.

Los objetivos del Plan serán evaluados tanto por los propios centros como por los servicios centrales. El fin de la evaluación es consolidar los logros, detectar áreas de mejora, poner en marcha las acciones correctoras precisas y abrir nuevas líneas de trabajo, de forma que se contribuya a la mejora continua de la organización, de la salud y de la calidad de vida de los ciudadanos de Castilla y León, logrando así su satisfacción con los servicios sanitarios recibidos.

La Gerencia Regional de Salud, procederá a la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos fijados en el PAG, mediante el cálculo y la fuente indicada en cada uno de los indicadores de los objetivos del presente Plan, así como de lo establecido en el documento de metodología de valoración, pudiendo ser ésta realizada de forma continua en cualquier momento del año.

Los incentivos se asignarán a cada Centro de Gestión conforme al procedimiento establecido en la Orden SAN/403/2005, de 7 de marzo y en base al grado de cumplimiento de los objetivos del Plan Anual de Gestión 2006.

La puntuación máxima que puede obtenerse por la consecución de objetivos para cada Centro de Gestión es de 1.000 puntos (600 corresponden a los objetivos comunes de área y 400 a los objetivos específicos de atención especializada o primaria)

Es requisito imprescindible para la percepción de productividad variable por cumplimiento de objetivos, la aceptación de forma expresa e individualizada (firma) por parte de los profesionales, de su participación en el pacto de objetivos que se establezca entre la Gerencia del Centro de Gestión y el Servicio o Unidad al que estuvieran adscritos.

Para poder participar en la segunda fase de la asignación de la productividad variable, es preciso que el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos para cada Centro de Gestión, haya superado el 50% de la puntuación máxima establecida.

En el documento de metodología de valoración, se establecen los criterios para la obtención parcial de la puntuación asignada a cada indicador. En los siguientes indicadores: listas de espera, cumplimiento presupuestario del capítulo IV y balance asignación crédito-gasto, no se podrá obtener en ningún caso puntuación parcial. Si no se alcanza el valor del estándar establecido la puntuación será de 0 puntos.

Sin desatender el principio de la universalización de la asistencia sanitaria, se considera que la población a la que va dirigida el Plan Anual de Gestión es la existente en el Área en el programa de Tarjeta Sanitaria a fecha de 12-12-2005 (Anexo I). Esta población será la que se utilizará de referencia durante todo el año para el cálculo de los diferentes indicadores.

Los Servicios de Referencia para las prestaciones de Atención Especializada, tanto con carácter general como específico vienen recogidos en el Anexo II.

El Gerente de Salud de Área es, en su ámbito territorial de actuación, el último responsable del sistema de información y por tanto de la cumplimentación correcta y envío en los plazos fijados de los diferentes sistemas de registro tanto de actividad como de lista de espera, CMBD, farmacia o seguimiento del gasto.

El Gerente de Salud de Área a través de los Directores Gerentes de Atención Especializada y de Atención Primaria elaborará pactos de objetivos anuales específicos para cada uno de los servicios o unidades del Área, de manera que los objetivos pactados a cada uno de ellos contribuyan a la consecución de los objetivos del Plan de Gestión.

La financiación asignada al Área para el cumplimiento del P.A.G. 2006 se distribuye de la siguiente forma:

1.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA.-

- Gastos de personal (Capítulo I)..... 52.395.512 €
- Compra de bienes corrientes y servicios (Capítulo II)..... 34.170.570 €
- Total asignado..... 86.566.081 €

2.- ATENCIÓN PRIMARIA.-

- Gastos de personal (Capítulo I)..... 27.731.621 €
- Compra de bienes corrientes y servicios (Capítulo II)..... 3.005.000 €
- Farmacia (Capítulo IV)..... 56.581.499 €
- Total asignado..... 87.318.120 €

La evaluación del cumplimiento del presupuesto de gastos, destinado a retribuciones de personal (capítulo I) se realizará sin tener en cuenta las cuotas patronales.

Se excluyen como gastos del capítulo I: Mejoras retributivas del personal que pudieran aprobarse a lo largo del ejercicio, productividad por cumplimiento de objetivos, acción social, la consolidación del complemento de destino en las pagas extraordinarias y otros gastos aprobados con posterioridad.

El capítulo II incluye en su importe el objetivo de facturación por servicios sanitarios prestados a terceros (accidentes de tráfico, varios y particulares, mutuas de accidentes laborales y enfermedades profesionales), cuantificado en **1.526.962 €** con un porcentaje de cobros sobre la facturación del 92, 00 % (**1.404.805 €**). Además incluye también el importe del objetivo de los cobros por conceptos no asistenciales (ingresos no finalistas), valorado en **216.850 €**.

Si el Centro recupera en concepto de facturación a terceros y otros una cuantía superior a la pactada, el excedente revertirá en su previsión de gasto.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS

A.- ORIENTACIÓN AL CIUDADANO:

Objetivo A - 1: Mejorar la percepción de la calidad de los servicios sanitarios por el ciudadano.

INDICADOR A - 1	Índice de Satisfacción del usuario con el Servicio Sanitario
VALOR	14 puntos
CÁLCULO	<i>Para cada nivel (Atención Primaria y Atención Especializada): Índice Sintético de Satisfacción obtenido mediante la valoración de las respuestas favorables a las preguntas de la encuesta de satisfacción de los usuarios que evalúan el servicio</i>
FUENTE	Encuestas de satisfacción a los usuarios de Atención Primaria y Atención Especializada
ESTANDAR	≥ 76% (75% - 77%)

Objetivo A - 2: Mejorar la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario, detectando aquellos aspectos que son susceptibles de implantar planes de mejora.

INDICADOR A - 2	Porcentaje de usuarios que hacen una valoración positiva en las Áreas de mejora en la satisfacción seleccionadas por la Gerencia Regional de Salud para el Área de Salud
VALOR	32 puntos
CÁLCULO	<i>Porcentaje de respuestas favorables</i>
FUENTE	Encuesta Satisfacción de Usuarios
ESTANDAR	Meta en cada área de mejora

AREAS DE MEJORA	META
Los 4 componentes del Índice Sintético de Satisfacción peor valorados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria en Castilla y León del 2005.	Según manual
Información al momento del ingreso en el hospital	> 90%
Información a la llegada al servicio de urgencias del hospital	> 85%
Espera menor de 60 minutos en la sala de espera de consultas externas	> 95 %
Limpieza en urgencias, consultas externas y hospitalización	> 85%

Objetivo A – 3: Mejorar la atención y la coordinación en la Asistencia Geriátrica.

INDICADOR A – 3. 1	Porcentaje de estancias en mayores de 75 años potencialmente evitables
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de estancias potencialmente evitables en mayores de 75 años}}{\text{N}^\circ \text{ total de estancias en mayores de 75 años}} \times 100$
FUENTE	CMBD
ESTANDAR	≤ 15,00%

INDICADOR A – 3. 2	Porcentaje de reingresos con la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) en pacientes mayores de 75 años
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reingresos con la misma CDM en mayores de 75 años}}{\text{N}^\circ \text{ total de ingresos en mayores de 75 años}} \times 100$
FUENTE	CMBD
ESTANDAR	≤ 4,33%

Este Objetivo está también incorporado a la cartera de servicios de Atención Primaria.

Objetivo A - 4: Mejorar la continuidad de cuidados en la atención a los pacientes psiquiátricos con una Enfermedad Mental Grave y Prolongada (EMGP) a través del desarrollo de un Programa de Gestión de Casos.

INDICADOR A - 4	Porcentaje de tiempo de hospitalización en la Unidad de Agudos Psiquiátrica (UAP) de los pacientes con EMGP en Programa durante 2006
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Días de hospitalización en la UAP de los pacientes en programa en 2006}}{\text{Días de inclusión en el programa de los pacientes con EMGP en 2006}} \times 100$
FUENTE	Sistema de información de Asistencia Psiquiátrica
ESTANDAR	15 puntos inferior al porcentaje obtenido en 2005

Objetivo A - 5: Conseguir que a fecha 31 de diciembre de 2006 ningún paciente espere más de 130 días para intervención quirúrgica programada, 35 días para primera consulta y 22 días para realizarse una técnica diagnóstica (ecografía, mamografía, TAC y RM).

INDICADOR A - 5	Número de pacientes con espera estructural superior a 130 días para Intervención Quirúrgica Programada (IQP), 35 días para Primera consulta externa (Pcex) y 22 días para Técnicas Diagnósticas (TD) (mamografía, ecografía, TAC, RMN) a 31 de diciembre de 2006
VALOR	100 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes en espera >130 días para IQP}}{\text{Nº de pacientes en espera >35 días para Pcex}} + \frac{\text{Nº de pacientes en espera >22 días para TD}}{\text{Nº de pacientes en espera >22 días para TD}}$
FUENTE	Informes de Situación de LEQ y LECYT
ESTANDAR	0

Objetivo A - 6: Disminuir el número de pacientes en lista de espera quirúrgica, de consulta externa y de técnicas diagnósticas.

INDICADOR A - 6	Diferencia interanual (2006 – 2005) entre el número de pacientes en Lista de Espera para Intervención Quirúrgica, para Primera consulta y para realización de Técnica Diagnóstica (ecografía, mamografía, TAC y RM) a 31 de diciembre
VALOR	56 puntos
CÁLCULO	$\sum N^{\circ} \text{pacientes en Lista de Espera (quirúrgica, 1}^{\text{a}} \text{ consultas y técnicas) a 31 de diciembre 2006} - \sum N^{\circ} \text{pacientes en Lista de Espera (quirúrgica, 1}^{\text{a}} \text{ consultas y técnicas) a 31 de diciembre de 2005}$
FUENTE	Informe de Situación de LEQ
ESTANDAR	< 0

Objetivo A - 7: Mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios especializados mediante la disminución de los desplazamientos innecesarios.

INDICADOR A - 7	Porcentaje de Consultas de Alta Resolución en cada una de las siguientes especialidades: Ginecología, Otorrinolaringología y Cardiología
VALOR	28 puntos
CÁLCULO	Para cada especialidad (GIN, ORL y CAR): $\frac{N^{\circ} \text{ de Primeras Consultas de Alta Resolución} \times 100}{N^{\circ} \text{ de Primeras consultas Totales}}$
FUENTE	Auditoría Externa
ESTANDAR	20% superior al porcentaje obtenido en 2005

Objetivo A - 8: Mejorar la cobertura, calidad y/o resultados de los servicios sanitarios incluidos en la cartera de servicios de atención primaria, mediante la implantación de un plan de mejora de la cartera de servicios.

INDICADOR A - 8.1	Cumplimiento del estándar en los servicios prioritarios de la Cartera de Servicios de Atención Primaria
VALOR	160 puntos (para el objetivo A-8)
CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ de casos atendidos} / N^{\circ} \text{ de casos esperados}) \times 100 \text{ para cada uno de los servicios}$
FUENTE	Sistema de información y/o Medora
ESTANDAR	Se fija en cada servicio

Servicios Prioritarios, serán definidos por la Dirección Técnica de Atención Primaria.

SERVICIOS PRIORITARIOS	ESTANDAR
Diagnóstico precoz del cáncer de mama	60%

Actividades preventivas en el adulto sano	60%
Atención domiciliaria en pacientes inmovilizados	33%
Atención al anciano de riesgo	45%
Deshabitación tabáquica	15%

INDICADOR A – 8. 2	Mejora de cobertura, NT y/o resultados clínicos en los servicios seleccionados por la GAP
VALOR	160 puntos (para el objetivo A-8)
CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ de casos atendidos} / N^{\circ} \text{ de casos esperados}) \times 100$ para cada uno de los servicios % de cumplimiento de NT % de cumplimiento de resultado clínico
FUENTE	Sistema de información y/o Medora
ESTANDAR	Se fija en cada servicio propuesto una META

Los objetivos de mejora de los servicios son propuestos por la Gerencia de Atención Primaria y aprobados por la Gerencia Regional de Salud.

SERVICIOS PROPUESTOS POR LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	META
Actividades preventivas en el adulto sano	≥70% de cobertura y NT
Atención a pacientes crónicos: Diabetes	≥70% con registro de hemoglobina glicosilada

Objetivo A - 9: Redistribuir los usuarios y adecuar las agendas a la demanda con el fin de mejorar la calidad asistencial mediante el incremento del tiempo de atención.

INDICADOR A – 9	Adecuación de la organización a los criterios de accesibilidad fijados por la GRS en los Equipos de Atención Primaria
VALOR	70 puntos
CÁLCULO	$N^{\circ} \text{ de MF} + \text{Pediatras con estructura de población que permite disponer de } 10' \text{ por paciente} / N^{\circ} \text{ de MF} + \text{Pediatras}$
FUENTE	Sistema de información.
ESTANDAR	Se fija para cada Área

B.- PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

Objetivo B - 1: Adecuar la formación desarrollada a la obtención de los objetivos fijados en el Plan de Formación.

INDICADOR B - 1	Índice de adecuación de las actividades formativas
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades del Programa de Formación realizadas}^*}{\text{N}^\circ \text{ Total de actividades del Programa de Formación aprobadas}^*} \right] \times NP \times NMc$ <p><i>* No se computarán la actividades incluidas en la "Bolsa de Formación".</i> <i>NP: Nota de Programación (puntuación del Programa de Formación 2006 aprobado en base a los criterios establecidos para su elaboración en el Plan de Formación). Se puntúa de 0 a 10.</i> <i>NMc: Factor de corrección (obtenido de la puntuación de la memoria del Programa de Formación 2005 presentada en base a los criterios establecidos para su valoración). Se puntúa de 0 a 1.</i></p>
FUENTE	Programa de Formación presentado y aprobado Memoria de Formación realizada y enviada a la Gerencia Regional de Salud
ESTANDAR	10 ($\geq 5 - 10$)

Objetivo B - 2: Disminuir la siniestralidad laboral por accidentes de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo

INDICADOR B - 2	Índice de incidencia de accidentes con baja laboral*
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de accidentes de trabajo con baja laboral ocurridos en el año}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores activos en el año}} \times 1000$
FUENTE	Sistema Información Servicio Salud Laboral que remiten los Servicios de Prevención
ESTANDAR	$\leq 13,40$ accidentes por mil

*Para este objetivo se excluyen los accidentes In itinere

Objetivo B - 3: Disminuir el absentismo laboral por motivos de salud mediante la mejora en la gestión de la incapacidad temporal (IT) en el personal propio.

INDICADOR B - 3	IT: Duración Media por Asegurado (DMA) en personal propio
VALOR	16 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días en baja de las altas tramitadas en 2006}}{\text{N}^\circ \text{ total de asegurados activos en 2006}}$
FUENTE	ITWIN
ESTANDAR	$\leq 0,97$

Objetivo B - 4: Mejorar la comunicación interna.

INDICADOR B - 4	Porcentaje de personas satisfechas con la información recibida
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	<i>Media de los porcentajes de respuestas positivas a las preguntas de la encuesta que valoran este aspecto en 2006</i>
FUENTE	Encuestas de comunicación interna del área
ESTANDAR	$\geq 40\%$ (30% - 50%)

C.- GESTIÓN EFICIENTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA:**Objetivo C - 1:** Mejorar la utilización de los recursos de atención especializada: quirófanos.

INDICADOR C - 1	Porcentaje de tiempo de utilización de quirófano en horario de mañana
VALOR	38 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Tiempo de utilización de quirófano de mañana}}{\text{Tiempo disponible de quirófano de mañana}} \times 100$
FUENTE	SIAE
ESTANDAR	$\geq 69,00\%$

Objetivo C - 2: Mejorar la comodidad y el tiempo de espera del paciente reduciendo las reprogramaciones de las citas para consulta.

INDICADOR C - 2	Porcentaje de citas reprogramadas en consultas de Atención Especializada
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de citas reprogramadas}}{\text{N}^\circ \text{ de citas programadas}} \times 100$
FUENTE	Informes de Situación de LECYT
ESTANDAR	$\leq 6,70\%$

Objetivo C - 3: Incrementar la capacidad resolutive de Atención Primaria, mediante el acceso a pruebas diagnósticas, estableciendo así mismo objetivos que permitan el desarrollo de las pruebas diagnóstica e interconsultas necesarias dentro de un marco planificado que evite la aparición de listas de espera.

INDICADOR C – 3. 1	Tasa de derivaciones de Atención Primaria estandarizada por población ponderada
VALOR	60 puntos (para el objetivo C-3)
CÁLCULO	<i>Nº de derivaciones / población ponderada x 1.000</i>
FUENTE	Sistema de información
ESTANDAR	Meta en cada Área

INDICADOR C – 3. 2	Tasa de pruebas diagnósticas solicitadas por Atención Primaria estandarizada por población ponderada: Pruebas de Radiología y Pruebas de Laboratorio
VALOR	60 puntos (para el objetivo C-3)
CÁLCULO	<i>Nº de solicitud de pruebas de Rx / población ponderada x 1.000</i> <i>Nº de pruebas de laboratorio / población ponderada x 1.000</i>
FUENTE	Sistema de información
ESTANDAR	Meta en cada Área

Objetivo C - 4: Mejorar la efectividad de la práctica clínica y disminuir los efectos adversos en los pacientes.

INDICADOR C – 4.1	Prevalencia de infección urinaria en pacientes hospitalizados sondados con sonda urinaria cerrada
VALOR	16 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes sondados con sonda urinaria cerrada con infección urinaria} \times 100}{\text{Total de pacientes sondados con sonda urinaria cerrada}}$
FUENTE	Estudio específico (EPINE)
ESTANDAR	≤ 4,6%

INDICADOR C – 4.2	Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos de cirugía limpia (artroplastia de cadera y rodilla)
VALOR	16 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos (artroplastia) con infección de herida quirúrgica} \times 100}{\text{Total de pacientes intervenidos (artroplastia)}}$
FUENTE	Estudio específico (Sistema de Vigilancia de Infección Hospitalaria del Hospital)
ESTANDAR	≤ 4%

INDICADOR C – 4.3	Prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados
VALOR	16 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes con úlceras por presión} \times 100}{\text{Total de pacientes estudiados}}$
FUENTE	Estudio específico (EPINE)
ESTANDAR	≤ 4,68%

Objetivo C - 5: Mejorar la adecuación diagnóstica y terapéutica en los pacientes atendidos en urgencias de los hospitales.

INDICADOR C - 5	Tasa de retorno en las 72 horas a urgencias hospitalarias
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes que retornan a urgencias en 72 horas}}{\text{Total de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$
FUENTE	Estudio específico
ESTANDAR	≤ 3%

Objetivo C - 6: Mejorar la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de Salud Mental (E. S. M.) en la aplicación del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica y en la atención a los pacientes con procesos de ansiedad, depresión y deterioro cognitivo.

INDICADOR C - 6	Tasa de primeras consultas ambulatorias en E. S. M. por depresión, ansiedad y deterioro cognitivo por mil habitantes.
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de primeras consultas ambulatorias en E. S. M. por ansiedad, depresión y deterioro cognitivo en 2006}}{\text{población en 2006}} \times 1000$
FUENTE	Sistema de información de Asistencia Psiquiátrica
ESTANDAR	5% inferior a la tasa obtenida en 2005

Objetivo C - 7: Adecuar la estancia de los pacientes en el hospital a las necesidades clínicas.

INDICADOR C – 7.1	IEMA del hospital con respecto al año previo
VALOR	28 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Estancia media de las altas del hospital}}{\text{Estancia media ajustada por funcionamiento 2005}} \times 100$
FUENTE	CMBD
ESTANDAR	0,995

INDICADOR C – 7.2	Porcentaje de estancias evitables de determinados GRDs* del Hospital con respecto al total de estancias anuales en ellos
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº total de estancias evitables en determinados GRDs}}{\text{Nº total de estancias en esos GRDs}} \times 100$
FUENTE	CMBD
ESTANDAR	5% inferior al porcentaje obtenido en 2005

* Los GRDs serán aquellos (específicos por centro) de entre los que tienen mayor número de estancias evitables que se repiten en los tres años previos.

GRDs seleccionados	
101	otros diagnósticos de aparato respiratorio con complicación
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con complicación mayor
585	procedimiento mayor estomago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con complicación mayor
557	Trastornos hepatobiliares y de páncreas con complicación mayor
430	Psicosis

Objetivo C - 8: Mejorar la atención en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica adecuando la duración de la estancia.

INDICADOR C - 8	Porcentaje de pacientes con estancia superior a 9 meses en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URP) a lo largo de 2006 que son dados de alta en dicho periodo.
VALOR	17 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con estancia } > 9 \text{ meses en la URP a lo largo de 2006 dados de alta}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con estancia } > 9 \text{ meses en la URP durante 2006}} \times 100$
FUENTE	Sistema de información de Asistencia Psiquiátrica
ESTANDAR	13 % - 15%

Objetivo C - 9: Impulsar la cirugía ambulatoria.

INDICADOR C - 9	Porcentaje de Cirugía Ambulatoria
VALOR	38 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias}}{\text{N}^\circ \text{ total de de intervenciones quirúrgicas programadas}} \times 100$
FUENTE	SIAE
ESTANDAR	≥ 37,69%

Objetivo C - 10: Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada mediante la implantación de la Historia Clínica informatizada con MEDORACyL.

INDICADOR C – 10.1	Porcentaje de pacientes con H^a Clínica abierta en Medora^{CyL} con relación a los pacientes vistos en el año adscritos a profesionales con Medora^{CyL} clínico
VALOR	110 puntos (para el objetivo C-10)
CÁLCULO	<i>Nº de pacientes vistos, adscritos a profesionales en H^a C. / Pacientes citados de 1/1/06 a 30/11/06 adscritos a profesionales con Medora^{CyL}</i>
FUENTE	MEDORA ^{CyL}
ESTANDAR	60%

INDICADOR C – 10.2	Media de diagnósticos registrados en Medora^{CyL} por paciente visto adscrito a profesionales con Medora^{CyL} clínico
VALOR	110 puntos (para el objetivo C-10)
CÁLCULO	<i>Total de diagnósticos realizados en pacientes adscritos a profesionales con Medora^{CyL} clínico / Pacientes citados de 1/1/06 a 30/11/06 adscritos a profesionales con Medora^{CyL} clínico</i>
FUENTE	MEDORACyL
ESTANDAR	0,6 diagnósticos por paciente

Objetivo C - 11: Optimizar la utilización de medicamentos en base a criterios de calidad y eficiencia.

INDICADOR C – 11.1	Índice sintético de eficiencia
VALOR	32 puntos
CÁLCULO	$\frac{10 \times \% EFG \text{ ENV } 2006 + \% PR \text{ ENV } 2006}{\left(\frac{\% NOV \text{ ENV } 2006 \text{ GSA}}{\% NOV \text{ ENV } 2006 \text{ GRS}} \right)}$
FUENTE	Sistema de información Concyllia
ESTANDAR	> 305

INDICADOR C – 11.2	Ratio adquisiciones a precio neto / adquisiciones a Precio Venta Laboratorio (PVL) + IVA
VALOR	50 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Valor de las adquisiciones a Precio Neto}}{\text{Valor de las adquisiciones a Precio Venta Laboratorio} + IVA}$
FUENTE	Información del consumo hospitalario
ESTANDAR	≤ 0,83

Objetivo C - 12: Cumplir el presupuesto de capítulo IV de prestación farmacéutica.

INDICADOR C – 12	Porcentaje de cumplimiento del presupuesto del capítulo IV
VALOR	100 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Gasto Capítulo IV}}{\text{Presupuesto Capítulo IV}^*} \times 100$
FUENTE	Sistema de información Concyllia
ESTANDAR	< 100%

* El presupuesto Capítulo IV para 2006 de la Gerencia de Salud de Área de Zamora es de **56.581.499 €**.

Objetivo C - 13: Cumplir el gasto público fijado en el Plan Anual de Gestión del Área Sanitaria.

INDICADOR C – 13	Balance asignación crédito / gasto
VALOR	190 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Gasto Real (Capítulo I y II)}}{\text{Gasto Público fijado en el P. A. G. (Capítulos I y II)}} \times 100$
FUENTE	Fichas FGE y SICCAL
ESTANDAR	$\leq 100\%$

Objetivo C - 14: Conseguir que las Gerencias realicen una previsión ajustada del gasto sanitario.

INDICADOR C – 14	Cumplimiento de la previsión del gasto en cada Centro de Gestión
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	<p>Para cada uno de los Capítulos I y II:</p> $\frac{\text{Gasto a 31 de diciembre previsto a 30 de octubre} - \text{Gasto real a 31 de diciembre} \times 100}{\text{Gasto a 31 de diciembre previsto a 30 de octubre}}$
FUENTE	Sistemas de información económica
ESTANDAR	$\leq 0,5\%$ para Capítulo I; $\leq 0,2\%$ para Capítulo II

Objetivo C - 15: Disminuir el absentismo laboral por motivos de salud mediante la mejora en la gestión de la incapacidad temporal (IT) en la población general.

INDICADOR C – 15	IT: Duración Media por Asegurado (DMA) en población general
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ de días en baja de las altas tramitadas en 2006}}{N^{\circ} \text{ total de asegurados activos en 2006}}$
FUENTE	ITWIN
ESTANDAR	$\leq 0,55$

Objetivo C - 16: Garantizar la utilidad y fiabilidad de los datos contenidos en los ficheros del CMBD y de Lista de Espera (quirúrgica, de consultas externas y de técnicas diagnósticas).

INDICADOR C – 16.1	Porcentaje de registros y campos obligatorios codificados en cada fichero del CMBD del total de los procesos atendidos en cada área (Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y Hospital de Día)
VALOR	18 puntos
CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ de registros y campos obligatorios codificados en el fichero del CMBD}}{\text{Total de procesos atendidos en el área}} \times 100$
FUENTE	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre los tres ficheros CMBD (Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y Hospital de Día)
ESTANDAR	99% para CMBD Hospitalización y Cirugía Ambulatoria 90% para CMBD de Hospital de Día

INDICADOR C – 16.2	Porcentaje de campos obligatorios* cumplimentados en los ficheros de Lista de Espera (Quirúrgica, Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas)
VALOR	18 puntos
CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ de campos cumplimentados en cada fichero}}{N^{\circ} \text{ de campos considerados obligatorios en cada fichero}} \times 100$
FUENTE	Informe de la Dirección General de Desarrollo Sanitario sobre Ficheros de Listas de Espera
ESTANDAR	99% para cada una de las tres listas (quirúrgica, consultas externas y técnicas diagnósticas)

* Son campos obligatorios los establecidos en el Real Decreto 605. Asimismo, se considera de obligado cumplimiento el Código de Identificación del Paciente (CIP).

ANEXOS

ANEXO I.- POBLACIÓN

POBLACIÓN T.S.I. BASE DE DATOS CENTRAL (12 Diciembre 2005)
182.710

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN T.S.I. SEGÚN TRAMOS DE CAPITACIÓN:				
0 a 2 años	3 a 6 años	7 a 13 años	14 a 64 años	≥ 65 años
3.352	4.661	9.477	111.586	53.634

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN T.S.I. SEGÚN TRAMOS CARTERA DE SERVICIOS (*)					
0 a 12 meses ajustada	0 a 23 meses ajustada	≥ 24 meses a < 6 años	≥ 6 años a < 15 años	< 15 años ajustada	≥ 15 años a < 20 años
1.120	2.240	4.702	12.196	19.138	8.644
≥ 20 años a < 75 años	< 65 años ajustada	≥ 65 años	Total ≥ 15 años	≥ 75 años	Población total ajustada
125.856	129.144	53.634	163.640	29.140	182.778

MUJERES					VARONES	TOTAL
≥ 15 años a < 46 años	≥ 15 años a < 50 años	≥ 45 años a < 70 años	≥ 50 años a < 60 años	≥ 30 años a < 66 años	≥ 15 años a < 36 años	≥ 40 años
33.544	38.208	26.559	9.708	39.861	22.732	110.105

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN T.S.I. SEGÚN APORTACIÓN A FARMACIA		
Farmacia con aportación	Farmacia gratuita	Total
113.164	67.902	181.066

POBLACIÓN DE I.T.
66.902

(*) La población de los tramos de 0-12 meses, de 0-23 meses, menores de 15 años, menores de 65 años, y población total de la distribución de Cartera de Servicios incluyen la estimación de recién nacidos que aún no tienen T.S.I.
 (***) La población para farmacia es la total menos los usuarios de mutualidades con T.S.I.

ANEXO II.- SERVICIOS DE REFERENCIA DE A. ESPECIALIZADA

**Servicios Específicos de Referencia de Sacyl.
Centro de referencia según especialidad y área de salud de origen.**

SERVICIO	ÁREA DE SALUD					
	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca
Angiología y C. Vascular	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA
Cirugía Cardíaca	CA SA	HCUVA	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA
Cirugía Maxilofacial	CA SA	HURH	CA LE (1)	CA LE (1)	HURH	CA SA
Cirugía Pediátrica	CA SA	CA BU	CA SA	CA SA	CA BU	CA SA
Cirugía Plástica y Reparadora (2)	HURH	CA BU	CA LE	CA LE	CA BU	CA SA
Cirugía Torácica	HCUVA	HCUVA	CA SA	CA SA	HCUVA	CA SA
Neurocirugía	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA
Cirugía Bariátrica	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HURH	CA SA
Hemodinámica	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA
Medicina Nuclear (3)	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA
Radioterapia	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA
Reproducción Humana Asistida	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA
Trasplantes	De acuerdo con la organización de Coordinación de Trasplantes					

CA BU = Complejo Asistencial de Burgos; CA LE = Complejo Asistencial de León; CA SA = Complejo Asistencial de Salamanca; CA ZA = Complejo Asistencial de Zamora; HURH = Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; HCUVA = Hospital Clínico Universitario de Valladolid

(1) CA Salamanca, para las prestaciones no incluidas en su cartera de servicios.

(2) CA Burgos subsidiario para todos, en técnicas que sólo se realizan en ese centro.

(3) Densitometría ósea: CA Salamanca para áreas de la ZAE Oeste y CA Palencia para las áreas de la ZAE Este.

**Servicios Específicos de Referencia de Sacyl.
Centro de referencia según especialidad y área de salud de origen (continuación).**

SERVICIO	ÁREA DE SALUD				
	Segovia	Soria	Va-Este	Va-Oeste	Zamora
Angiología y C. Vascular	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA LE/ CA SA (4)
Cirugía Cardíaca	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CA SA
Cirugía Maxilofacial	HURH	HURH	HURH	HURH	CA SA
Cirugía Pediátrica	CA SA	CA BU	CA BU	CA BU	CA SA
Cirugía Plástica y Reparadora (2)	HURH	CA BU	HURH	HURH	CA SA
Cirugía Torácica	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CA SA
Neurocirugía	HURH	CA BU	HCUVA	HURH	CA SA
Cirugía Bariátrica	HURH	CA BU	HURH	HURH	CA SA

Hemodinámica	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA SA
Medicina Nuclear (3)	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA SA
Radioterapia	HCUVA	CA BU (5)	HCUVA	HCUVA	CA ZA (6)
Reproducción Humana Asistida	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA
Trasplantes	De acuerdo con la organización de Coordinación de Trasplantes				

CA BU = Complejo Asistencial de Burgos; CA LE = Complejo Asistencial de León; CA SA = Complejo Asistencial de Salamanca; CA ZA = Complejo Asistencial de Zamora; HURH = Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; HCUVA = Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

(2) CA Burgos subsidiario para todos, en técnicas que sólo se realizan en ese centro.

(3) Densitometría ósea: CA Salamanca para áreas de la ZAE Oeste y CA Palencia para las áreas de la ZAE Este.

(4) Zona de Benavente: CA León; resto: CA Salamanca.

(5) Una vez que esté dotado de acelerador lineal este centro.

(6) También apoyo a León.

ANEXO III.- DATOS DE ACTIVIDAD – CARTERA DE SERVICIOS

DATOS DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Complejo Asistencial de Zamora

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalización:	
Nº de altas de agudos	17.187
Nº de altas de media y larga estancia	-
IEMA centro	0,995
Peso medio	1,470
Estancia media preoperatoria programada	0,95
Estancia media global con extremos de agudos	7,70
Estancia media global con extremos de media y larga estancia	-
Extracciones de órganos y tejidos	
Extracción renal	-
Extracción hepática	1
Extracción multiorgánica	1
Extracción multitejidos	-
Extracción multiorgánica + multitejidos	2
Extracción de córnea	-
Trasplantes de órganos y tejidos	
Nº altas de trasplante cardiaco	-

Nº altas de trasplante renal	-
Nº altas de trasplante hepático	-
Nº altas de trasplante de médula ósea alogénico	-
Nº altas de trasplante de médula ósea autólogo	-
Nº altas de implante de córnea	-
Nº altas de implante de condrocitos	-
Nº altas de implante de tejido osteotendinoso	-

ÁREA QUIRÚRGICA

	Medios Propios		Medios Ajenos		TOTAL
	Rec. Ordinar.	Rec. Extraord.	Fac. Propios	Fac. Ajenos	
Actividad Quirúrgica					
I.Q. Programadas Totales	9.410	752		1.000	11.162
- Total I.Q.P. (requieren quirófano)	6.310	752		1.000	8.062
- I.Q. Programadas con ingreso	3.918	482		1.000	5.400
- I.Q. Programadas ambulatorias	2.392	270			2.662
-Otras IQPA (no precisan quirófano)	3.100				3.100

Porcentajes de Cirugía ambulatoria realizada en quirófano	37,69%
Porcentaje de Utilización de quirófano:	
- Angiología y Cirugía Vascular	-
- Cirugía Cardíaca	-
- Cirugía General y de Digestivo	68%
- Cirugía Maxilofacial	-
- Cirugía Plástica	-
- Cirugía Pediátrica	-
- Cirugía Torácica	-
- Ginecología	71%
- Neurocirugía	-
- Oftalmología	65%
- Otorrinolaringología	71%
- Traumatología	71%
- Urología	69%
GLOBAL	69%

ÁREA DE URGENCIAS

Urgencias	
- Urgencias Totales	53.800
- Porcentaje de urgencias ingresadas	23,5%

ÁREA AMBULATORIA

	Medios Propios		Medios Ajenos		TOTAL
	Rec. Ordin.	Rec. Extraord.	Fac. Propios	Fac. Ajenos	
Actividad Consultas Externas					
- Consultas Primeras	94.362	180			94.542
- Consultas Sucesivas	126.802	600			127.402

Actividad en Hospital de Día	
- Oncohematológico	4.800
- SIDA	
- Geriátrico	
- Psiquiátrico	3.800
- General	590

	Medios Propios		Medios Ajenos	TOTAL
	Rec. Ordin.	Rec. Extraord.		

- EMG	660			660
- Estudios de sueño	234			234
- Otros estudios de sueño				-
- Potenciales evocados	92			92
- Densitometrías				-
- Hemodiálisis	97			97
- Diálisis domiciliaria				-
- CAPD	3			3
- Litotricia			28	28
- Radioterapia				-
- Acelerador lineal	355			355
- Cobaltoterapia				-

ACTIVIDAD MENSUALIZADA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
HOSPITALIZACIÓN						
- N° de altas de agudos	1.392	1.398	1.535	1.479	1.460	1.470
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA						
- IQ programadas con ingreso	320	402	405	383	395	429
- IQ programadas ambulatorias	199	264	307	221	245	234
- Otros proced. quirúrg. ambulatorios	252	300	314	279	294	288
- IQ urgentes:						
.- IQ urgentes con ingreso	112	123	137	141	129	139
.- IQ urgentes ambulatorias	3	6	11	12	9	14
ACTIVIDAD DE CONSULTAS						
- Primeras consultas	7.567	8.238	8.224	8.219	8.493	8.475
- Consultas sucesivas	9.807	11.036	11.424	11.037	11.747	11.468
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS						
- Ecografías en Radiología	1.419	1.477	1.530	1.478	1.583	1.605
- Mamografías	421	480	519	523	583	598
- TAC	963	1.028	1.104	1.038	1.072	1.098
- RM (medios propios)	182	165	153	156	172	191
- RM (conciertos)	245	223	206	210	232	257

ACTIVIDAD MENSUALIZADA

	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
HOSPITALIZACIÓN						
- N° de altas de agudos	1.415	1.390	1.330	1.487	1.415	1.415
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA						
- IQ programadas con ingreso	320	257	361	431	442	255
- IQ programadas ambulatorias	160	110	216	264	241	202
- Otros proced. quirúrg. ambulatorios	202	151	260	286	270	205
- IQ urgentes:						
.- IQ urgentes con ingreso	126	128	134	120	119	123
.- IQ urgentes ambulatorias	8	12	12	9	5	10
ACTIVIDAD DE CONSULTAS						
- Primeras consultas	7.035	6.144	7.035	8.634	9.148	7.331
- Consultas sucesivas	9.005	8.219	9.755	12.421	11.819	9.665
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS						
- Ecografías en Radiología	1.517	1.337	1.553	1.525	1.472	1.322
- Mamografías	455	354	500	472	491	404
- TAC	1.048	1.081	988	1.069	981	829
- RM (medios propios)	192	179	143	175	160	133
- RM (conciertos)	260	241	193	237	216	179

Cartera de Servicios Atención Primaria

Código	Nombre del Servicio	Valor Técnico	% Esperado	Denominadores 2006	Casos esperados	Numerador PAG 2006	Cobertura % 2006	Resultados por Servicios
100	Consulta Niños	55	85	19.138	16.267	14.633	90,0	4.947,4
101	Vacunaciones infantiles de 0 a 14 años	6	100	19.138	19.138	17.215	90,0	539,7
102	Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	83	100	2.240	2.240	1.792	80,0	6.640,0
103	Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	14	100	4.702	4.702	3.760	80,0	1.119,5
104	Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	7	100	12.196	12.196	9.751	80,0	559,7
105	Educación para la Salud en Centros Educativos	15	100		0	12		
106	Prevención de la Caries Infantil	29	100	12.196	12.196	9.751	80,0	2.318,6
107	Atención al niño con asma	70	5	19.138	957	212	22,2	1.550,8
110	Atención y Educación al joven	20	100	8.644	8.644	1.898	22,0	439,1
200	Atención a la mujer embarazada	141	75	2.240	1.680	1.344	80,0	11.280,0
202	Educación Maternal	123	100	1.120	1.120	784	70,0	8.610,0
203	Visita en el primer mes de postparto	44	100	1.120	1.120	784	70,0	3.080,0
204	Seguimiento de Métodos Anticoncep.	7	19	38.208	7.260	2.901	40,0	279,7
206	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	7	100	39.861	39.861	11.939	30,0	209,7
208	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	4	100	26.559	26.559	13.267	50,0	199,8
209	Atención a la Mujer en el Climaterio	23	100	9.708	9.708	4.461	46,0	1.056,9
300	Consulta Adultos	42	70	163.640	114.548	103.036	90,0	3.777,9
301	Vacunación triple vírica	1	100	56.276	56.276	6.163	11,0	11,0
302	Vacunación tétanos-difteria	1	100	163.640	163.640	32.700	20,0	20,0
303	Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	1	2	163.640	3.273	1.112	34,0	34,0
304	Actividades preventivas en el adulto sano	9	100	125.856	125.856	75.451	60,0	539,6
305	Atención a pacientes crónicos : hipertensión arterial	57		163.640	0	24.243	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
306	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	102		163.640	0	8.680	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
307	Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	52	7	110.105	7.707	1.920	24,9	1.295,4
308	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	35	23	163.640	37.637	10.540	28,0	980,1
309	Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterol.	41	22	163.640	36.001	12.030	33,4	1.370,1
310	Atención a Pacientes con VIH - SIDA	47	0,3	163.640	491	133	27,1	1.273,3
311	Educ. para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos.	15	9	163.640	14.728	790	5,4	80,5
312	Educación para la Salud a Otros Grupos	15	20	163.640	32.728	928	2,8	42,5
313	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	300	11	53.634	5.900	1.475	25,0	7.500,3
314	Atención a Pacientes Terminales	300	0,2	182.778	366	171	46,8	14.033,4
315	Atención al bebedor de riesgo	17	10	163.640	16.364	1.172	7,2	121,8
316 a	Actividades preventivas en > 75 años	23	100	29.140	29.140	17.484	60,0	1.380,0
316 b	Atención al anciano de riesgo	26	59	29.140	17.193	6.009	35,0	908,7
317a	Atención al cuidador familiar	105	7,5	53.634	4.023	402	10,0	1.049,3
317b	Educación a grupos de cuidadores familiares	19	7,5	53.634	4.023	71	1,8	33,5
318 a	Vacunación antigripal - Mayores de 65 años	5	100	53.634	53.634	37.731	70,3	351,7
318 b	Vacunación antigripal - Menores de 65 años	5	15	129.144	19.372	9.802	50,6	253,0
319 a	Vacunación antineumocócica - Mayores de 65 años	1	100	53.634	53.634	39.500	73,6	73,6
319 b	Vacunación antineumocócica - Menores de 65 años	1	15	129.144	19.372	1.300	6,7	6,7
320	Deshabitación tabáquica	40	35	163.640	57.274	7.990	14,0	558,0
400	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	119	1,8	182.778	3.290	1.644	50,0	5.946,4
401	Cirugía Menor	43	1,35	182.778	2.468	378	15,3	658,7

FIRMAS

Copia de la presente documentación es entregada al Gerente de Salud de Área, al Gerente de Atención Primaria y al Gerente de Atención Especializada, para su conocimiento y a fin de que puedan adoptar las medidas necesarias para la consecución de los objetivos planteados en la misma.

Gerente de Atención Primaria

Gerente de Atención Especializada

Fdo.: Juan Iglesias Matías

Fdo.: Rafael López Iglesias

Gerente de Salud de Área

Fdo.: José I. Carbajo Otero

LA DIRECTORA GERENTE DE LA GERENCIA
REGIONAL DE SALUD

Fdo.: Carmen Ruiz Alonso



NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.

- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).

- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título

- Autor/es

- Área - servicio ó unidad

- Función o cargo que desempeña/n

- RESUMEN

- Introducción (motivación, justificación, objetivos)

- Texto: según el tema que se trate

- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión

- Conclusiones

- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)

- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**

- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)

- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)

- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

- Modo de envío de los trabajos:

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



HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA