

CCAA	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
Andalucía	Guías en lenguaje asequible a ciudadanos. Introducción de recordatorios SMS. Adaptación de horarios y espacios a colectivos con necesidades específicas.	reingeniería de procesos administrativos. Incorporación consulta telefónica 24 h. Estrategia de telemedicina y teleprestaciones	20 Procesos transversales implantados	Desarrollo de metodologías de medición del impacto de salud de las actuaciones sanitarias	Se define el Plan de Seguridad del paciente		Prioridad a la administración electrónica. Avance en la historia digital. Cuadro de mando integral del SSPA. Gestión por procesos. Desarrollo profesional mediante modelo de gestión por competencias. Objetivos de gestión incluyen en hospitales y distritos incorporación de 20 procesos y cuadro de mando de procesos. Unidades clínicas de gestión en AP y hospitales como modelo clave. Áreas integradas de gestión que permiten el aumento de permeabilidad y movilidad profesionales en el área	Agencia de calidad Sanitaria: acreditación de centros y Unidades. Acreditación de Salud Pública de formación continuada, de los profesionales y de sector sanitario concertado.	Plan de calidad 2005-2008: 1 asumir las necesidades y expectativas del ciudadano; 2 Garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios; 3 garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública. 4 Gestionar el conocimiento. 5 Innovación y modernización del SS.	Incorporación de la calidad a las políticas de Salud Pública. Documento de evaluación del contrato programa. Plataforma regional de soporte a la investigación. Plan de formación integral para el centro de SSPA. Creación de documentación sanitaria. Biblioteca virtual del SSPA
Aragón	Encuesta de opinión usuarios en los distintos niveles asistenciales (no concreta cuales). 7 indicadores de información. 5 satisfacción atención y 6 trato. 4 de participación comunitaria	13 indicadores		32 indicadores		3 indicadores de presupuesto; 7 indicadores de farmacia	Contratos de gestión adaptados a los 9 criterios del EFQM a las gerencias de Sector. Encuesta de clima laboral + 3 indicadores. Simplificación de cuadros de mando.	Lines estratégicas: mejora de procesos de organización y de continuidad de la atención, variabilidad de la práctica clínica. Evaluación de tecnologías. Normalización tecnologías de información. satisfacción hostelería y seguridad. I clima laboral, formación e investigación	Marco EFQM desde 2001. Algunas autoevaluaciones. Eval expresse de Osakidetza. Iniciado con la autoevaluación EFQM y proyectos de mejora en función de los problemas detectados en cada sector. Inicio del diseño de Procesos Asistenciales Integrados	Utilizan un modelo de autoevaluación de Osakidetza Eval expresse de Osakidetza
Asturias			5 procesos transversales diseñados e inicio de implantación				Indicadores de calidad ligados a la evaluación de los centros. PCAs transversales con implicación de profesionales y ciudadanos.	Grupo clínico y organizativo de PCAs. ISO en todos los laboratorios de la red pública inicio suministros. Joint 3 hospitales y 4 centros de AP	Estrategias de Calidad del Principado de Asturias 2003-2007: 1) Programas clave de atención interdisciplinar (PCA); 2) Áreas de monitorización para la mejora; 3) Gestión de la calidad y la evaluación externa	

CCAA	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
Baleares	Plan de Humanización de la Asistencia 2004-2005. ligado al Plan de infraestructuras: Mejora de la satisfacción, del acceso, de las vías de comunicación con la administración y del confort. Cooperación con la sociedad civil mediante convenios y acuerdos con entidades (Coo de médicos, Fundaciones etc). Catalogos de servicios y típicos informativos. Encuestas valoración de servicios por los ciudadanos y encuestas de satisfacción usuarios en hospitales y AP.(hacen constar resultados)	Planes de mejora de instalaciones y de procesos de atención al ciudadano. Listas de espera y transporte sanitario objetivos de contrato de gestión. Exponen resultados de demoras	Integración A.P. especializada		Participación en las iniciativas de Ministerio de Sanidad. Plan Integral de Seguridad de Pacientes 2005-2007 (lo describe a nivel de objetivos)	Implantación del farmacéutico de enlace objetivos contrato de gestión	8 ediciones de formación en gestión de la estrategia, de proyectos y de procesos. En el IBSalut una evaluación EFQM externa y una interna. Sistema de Calidad en el laboratorio de Salud Pública. Describe objetivos de calidad de los diferentes dispositivos de la CCAA	Grupo de trabajo de calidad Asistencial. Comité de Calidad en el IBSalut del que dependen las Comisiones de Calidad de los centros. Acreditación ISO de servicios de transfusión de Baleares; ISO un CAP.	Programa de excelencia 2006-07. 1) ciudadanos. diseño en 2005 de encuesta de salud y encuestas de satisfacción; Plan de Humanización de la Asistencia 2004-2005 2) profesionales; 3) Certificación y acreditación de servicios y practica clinica;4) Seguridad de pacientes y profesionales;5) Promoción y prevención de Salud; 6) Cooperación con la sociedad civil; Plan de Calidad del IBSalut 2005-2007 (EFQM) Plan de formación en calidad.	Contactos con otras organizaciones similares en otras CCAA para aprender y compartir sinergias. Intercambio de información en relación a la Seguridad de Pacientes
Canarias	Plan de mejora de la información y relaciones personales. Definición de modelos de encuestas de satisfacción en AP y especializada. (hacen constar resultados de AP y hospitaliales)	Plan de mejora de la accesibilidad. Borrador del decreto de organización y gestión de listas de espera con plazos máximos de repuesta. Protocolos de indicación quirúrgica de 3 procesos de alta frecuencia para su inclusión en listas de espera. Acceso a desfilibración y fibrinolisis en islas no capitalinas		Creación de unidades de ictus	Participación en las iniciativas de Ministerio de Sanidad. Registro autonómico de Efectos adversos (IDEA)		Borrador del Decreto de autorización y homologación de Centros. Concierto con otros centros para procesos quirúrgicos y media estancia. Contratos de gestión que incluyen. Creación de unidades de ictus, encuestas de satisfacción, mejora de la accesibilidad	Autorización y homologación de centros.	Modelo de calidad que tiene como marco el EFQM. Plan estratégico de AP tiene la calidad como motor de cambio. Líneas 1) Información de la cartera de servicios; 2) accesibilidad (call center o internet); 3) opinión del usuario y reclamaciones; 4) auditorías de centros; 5) atención a personas mayores	
Cantabria					Definición (oct 2004) líneas básicas de seguridad del SCS. 1) formación y sensibilización de profesionales (un curso); 2) Mejora de investigación y conocimiento de los eventos adversos (inicio estudio de eventos adversos); 3) implantación prácticas clínicas seguras (mejora de identificación de pacientes ingresados; recién nacidos y transfusiones, proyecto para disminución de la infección nosocomial; lavado de manos). Otros proyectos de mejora en los que trabajan 115 profesionales		Sensibilización y formación de profesionales sobre EFQM. Un curso online. Realización de autoevaluaciones en todos los centros. Dilución comparada de resultados y detección áreas de mejora. Horizonte obtención del sello de excelencia de todas las gerencias de SCS. Adaptación estructurado contratos del SCS al modelo EFQM, co objetivos medibles y ligados a sistema de incentiación. Objetivos seleccionados a partir áreas de mejora del EFQM (incluyen encuestas usuarios y trabajadores). Acciones: Formación para equipos de gestión de procesos (incluye profesionales para realizar auditorías internas de ISO Plan de Comunicación interna (incluye intranet del SCS).	ISO un departamento de AP y OSAS 18001; 1999 en departamento de prevención de riesgos laborales.	Modelo de calidad que tiene como marco el EFQM autoevaluación. Lenguaje común, marco general y base del sistema de gestión	

CCAA	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
Castilla Mancha	Plan de los pequeños detalles comorbido con proyecto de mejora de los centros en este sentido						Se propone para 2006? adaptación de los objetivos del Plan de Calidad a los objetivos del contrato de gestión de AP. Revisión sistemática de los indicadores utilizados y integrar los objetivos de calidad asistencial, seguridad del paciente y gestión de riesgos laborales en un anexo único del contrato de gestión	Mejora de la validez y fiabilidad de los indicadores elegidos	Plan de calidad anual (2005) basado en EFQM.	
Castilla y León	18 estudios de campo de encuestas que desarrollan la Evaluación continuada de satisfacción de ciudadanos respecto a los servicios asistenciales. Incluyen 2 encuestas poblacionales, AIDOM, C. Ext. Hospitalización general, pediátrica y obstétrica UCIA's, emergencias, transporte sanitario. Además medición de tiempos de espera en Atención primaria,	Plan de reducción de listas de espera 2004-2007 con compromisos de demora máxima concretos para 2005 en cirugía con ingresos, C Ext y pruebas diagnósticas. Cumplimiento en cirugía 992%, C Ext 82% y Pruebas diagnósticas 72%). Además medición de tiempos de espera en Atención primaria, C-Externas y UCIA's			Diseño y inicio de la implantación del sistema único de identificación de pacientes en todos los hospitales Pilotaje en 2 hospitales	Los contratos de gestión incorporan objetivos de calidad en AP y especializada relativos a organización-actividad y accesibilidad. Satisfacción del usuario y uso racional de medicamentos	Diseño de la Agencia de Calidad y Acreditación de Castilla y León. Orden legislativa que define el modelo de acreditación			
Cataluña							Formación a los hospitales en el nuevo modelo de acreditación. Web específica para información y soporte a los centros	Nuevo sistema de acreditación de centros (el anterior es de 1979 con 80 hospitales acreditados), basado en la filosofía EFQM que dispone de un modelo on-line de autoevaluación de los centros. Reconocido por ENAC y el CIDEM. El modelo incorpora entidades externas a la administración para realizar la evaluación. A través de un estricto proceso de autorización formación y control. Objetivo que pueda usarse como guía para la mejora de los centros y elemento clave para la contratación		

CCAA	Atencion centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
Ceuta y Melilla INGESA	Su realización esta incluida en el contrato de gestión. Objetivo de respuesta de reclamaciones en 30 días	Guía de gestión de lista de espera con criterios de inclusión		Vías clínicas de las principales patologías. Incorporación de las estrategias del ministerio de prevención y control de enfermedades crónicas (oncología, cardiovascular, tabaquismo, diabetes y enfermedades crónicas (tuberculosis)	Colaboración con la estrategia del ministerio. disminución infección nosocomial, disminución de efectos adversos ligados a medicación, mejora de la identificación de pacientes (con indicadores específicos para medidores ENEAS. Formación de profesionales. Se ha alcanzado una importante disminución de la infección nosocomial. Registro de Efectos adversos de medicación en Ceuta	Programa de uso racional de medicamento con indicadores de calidad, protocolos de uso de alta tecnología	Incentivos ligados a objetivos de calidad en el contrato de gestión (adhesion a guía de gestión de lista de espera, protocolos de uso de alta tecnología. Cursos de metodología y cultura de calidad	Múltiples grupos de trabajo con participación de AP y especializada. Establecimiento del sistema informático Gaceta que ha mejorado significativamente el registro de cuidados de enfermería	Plan de calidad integral de los servicios sanitarios del INGESA 2005-2007 enfoque básico a EFQM. En 2005 programas y objetivos de mejora para 3 años. Evaluación semestral.	Han logrado una capacidad resolutive de AP de 99,7%
Extremadura	Publicación del decreto de derechos de los pacientes, información sanitaria y autonomía del paciente. Estudios anteriores sobre satisfacción en AP del que se desprenden objetivos de mejora, estudio de satisfacción de UCJAs	Garantía e plazos máximos de respuesta en cirugía, C. Externas y pruebas diagnósticas. Decreto ley sobre funcionamiento de lista de espera					Objetivos de calidad: contratos (calidad percibida y derechos de pacientes, calidad científica, de gestión de riesgos y del CMBD)	Comisión de evaluación y Calidad sanitaria del sistema público. Acreditación con 320 estándares /48% obligatorios) y tres grados (avanzado, óptimo y excelente) Diseño del manual de autoevaluación y inicio del pilotaje.	Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario público. Decreto de autorización de centros (2004) y decreto para la aplicación del modelo de calidad y acreditación. Basado en EFQM	
Galicia	Seguimiento quincenal de la evolución de la lista de espera quirúrgica (pacientes con CIMA) de todos los centros hospitalarios del SERGAS. Seguimiento mensual de listas de espera de C. Externa en consultas de enfermedad y de salud. Mensualmente reuniones con los gerentes de hospitales y AP para evaluar evolución de la lista de espera.			Plan de minimización de riesgos microbiológicos en hospitales (PLAMIR/HCA) Existe desde 1999 con implantación de Comisiones de infección, sistemas de vigilancia de infección y dotación de personal y formación. Se ha realizado 12 guías (2 evaluadas con auditoría) y realizado 10 cursos de formación	Política integral de aprovisionamiento de centros (APROVISO) Se ha hecho manual de organización de servicios de compra y suministros, aplicaciones informáticas de compras y gestión de recursos, homogenización de procedimientos administrativos. Acceso de los proveedores a los centros a través de internet, implantación de código de barras.	El Plan de objetivos estratégicos establece indicadores básicos y precisos sobre actividad, calidad (gestión de reclamaciones y quejas, disponibilidad del SIS de cara a los usuarios, puesta en marcha de un plan de gestión de calidad, elaboración y evaluación de encuesta de satisfacción a usuarios, desarrollo de planes de Humanización en algunas áreas), coordinación asistencial y SIS	Se prevee la certificación ISO de todos los servicios de compra y suministros del SERGAS	Plan de objetivos Estratégicos 2005	Sello de calidad Europeo (Lod's Register Quality Assurance) al programa de formación especializada (residentes) basado en el modelo EFQM.	

CCAA	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
La Rioja	Análisis y propuestas de mejora del Proyecto de atención al paciente de la Consejería de Salud. Diseño de proceso de acogida, información y direccionamiento, y seguimiento del proceso de gestión de la satisfacción de pacientes para toda la CCAA. Propuesta convenio con la universidad para sistematizar las encuestas de satisfacción.	procesos de alta resolución de citación.	Inicio del Comité para la integración de la atención Primaria y especializada	Planificación y coordinación de los procesos de prevención del cáncer de cervix, cáncer de mama, psiquiatría menor.	Diseño del Programa de Seguridad de Pacientes de la Rioja. Programas de minimización de la infección en 2 hospitales. Estudio de eventos adversos en 2 hospitales. Coordinación del grupo nacional de trabajo "Sensibilización y cambio de cultura de seguridad". Participación en talleres. Reposición de los termómetros de mercurio en todos los hospitales.	Implantación del proceso de gestión de costes por actividad. Diseño del proceso de recetas de largo tratamiento y otros (6 relacionados con la optimización de recursos) Análisis de situación y plan de creación del centro de Trastornos de la Rioja	Propuesta del mapa de procesos del Servicio Riojano de Salud (SERIS). Diseño de 5 procesos clave de la organización (apertura de nuevos centros, atención a pacientes socio-sanitarios y su derivación a estos centros, formación continuada y su acreditación, y diseño y seguimiento de los procesos de gestión de la satisfacción de pacientes y profesionales para toda la CCAA. Propuesta de seguimiento de la auditoría de organización y evaluación de puestos de trabajo en un hospital. Puesta en marcha del proyecto de implementación de la áreas de gestión clínica. Actividades de formación en calidad	Agencia de calidad y evaluación Sanitaria. ISO cocina un hospital (incluye diseño y análisis encuesta satisfacción y 2529 acciones de mejora implantadas). Propuesta convenio con la universidad para sistematizar las encuestas de satisfacción	Plan de mejora de la Escuela Universitaria de Enfermería	
Madrid	3000 encuestas entres bloques: uno de expectativas, otro de nivel de experiencia y otro factores significativos. Guías de cuidados al alta normalizando la información y consensuadas con sociedades científicas. Se han finalizado 6				Participar en las actividades del Observatorio regional de riesgos sanitarios. Plan de riesgos sanitarios, 2005-2006. Impulsar y difundir la cultura de gestión de riesgos, crear una estructura a establecer líneas de información que permitan medir formación continuada, herramientas para identificación y valoración de riesgos medidas para prevenir reducir o eliminar.		Objetivos institucionales incluidos en los contratos de centros: garantizar acogida, respetar valores y creencias, detectar pacientes en situación de riesgo social, evaluar la percepción del usuario mejorar la seguridad, gestionar la calidad, mejorar la doc. clínica. Cartas de servicios para AP y especializada (en total 27)	Modelo de calidad para el Sistema sanitario madrileño (público y privado). Autoevaluación y mejora según adaptación del EFQM. Acreditación de los centros, y medición de calidad percibida		
Murcia	Encuesta EMCA de calidad percibida en la atención Primaria y hospitales (todos los centros de la CCAA). Plan de acogida al ingreso de todos los pacientes		Grupo de enfermería para realizar el informe de continuidad de cuidados	Revisión de intervenciones que tienen evidencia científica de mejora de resultados en salud en EPOC y diabetes (proyecto de rediseño global de cuidados de Salud para enfermedades crónicas de la OMS mediante convenio con la Universidad de Murcia)	Revisión de protocolos de prevención de caídas, cuidados sonda vesical y catéter venoso	Realización de la evaluación mediante Ambulatory sensitive conditions (ACSC), evaluación del índice de sustitución de la CNA y identificación de oportunidades de mejora.	Durante 2005-23 grupos de mejora con 194 profesionales ligados al desarrollo anual del Programa EMCA. Formación mayoría equipos directivos y coordinadores de calidad en EFQM y autoevaluación de las 14 gerencias del SMS. Objetivos de calidad del SMS: enfermería (proceso clave de atención), urgencias (diseño guión Plan funcional y profundización en estudio de sistemas de triage) y cartera de servicios de AP (en base a la nueva evidencia científica disponible)	Elaboración de indicadores de calidad a partir de la explotación del CMBD	Programa EMCA desde 1994. Definición de las líneas estratégicas del futuro Plan de calidad del Sistema regional de salud mejora de gestión de los procesos, mejora de la seguridad del paciente, mejora de la satisfacción de usuarios y profesionales. Se utiliza como modelo de referencia el EFQM.	Utilizan un modelo de autoevaluación de Osakidetza Eval expresse de Osakidetza

CCAA	Atencion centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
Navarra	Encuesta de satisfacción telefónica de atención especializada y servicios clínicos (ingreso, CMA, salud Mental y atención a la mujer). El 80,7 recibe la atención esperada, el 15,5 mejor y el 3,5 peor de los sperado	Demora media para intervenciones programadas de 89 días.			Formación de profesionales. Colaboración con el estudio nacional de incidencia de eventos adversos. Desarrollo normativa hemovigilancia. Control infección nosocomial. Seguimiento del programa de Efectos adversos de medicamentos y inspecciones sanitarias sobre higiene y seguridad.		Objetivos del Departamento de Salud y del Servicio Navarro de Salud a las direcciones de los centros para disminuir la lista de espera de hospitalización, conullas y pruebas complementarias. Recertificación ISO de laboratorios de 1 hospital y un Centro de salud			
País Vasco	9 encuestas de satisfacción (agudos de psiquiatría, CMA, UCIA's adultos, UCIA's padres, AP adultos y pediatría, hospitales agudos, C.Ext, Hosp media y larga estancia				EPINE anual en H. Agudos y media y larga estancia. Incidencia en UCIs y 3 procedimientos quirúrgicos (implante de rodilla, histerectomía abdominal y cirugía electiva de colon). Plan de acción sobre infección nosocomial 2005-20007		\$º evaluación externa del proceso de enfermería en h. De agudos y media y larga estancia.	25/30 organizaciones de gestión de calidad tienen un sistema certificado por ISO. 15 organizaciones con al menos un proceso con ISO 23 ISO en AP y varias en preparación. - ISO medioambientales.	Plan de Calidad 2005-2007. Se realizó la 5ª evaluación biennial de EFQM de todas las organizaciones y servicios centrales. Se difundió Eval expres. 3 organizaciones con evaluación externa 1 Q de oro (H. Psiquiátrico y 2 Q de plata. Zumarraga premio europeo EFQM (primera organización sanitaria).	Organizado XII congreso de la Sociedad Española de atención al usuario
Valencia	SE han realizado 54.271 encuestas validadas de Atención ambulatoria de adultos y pediatría. Centros de especialidades. Cons. Externas hospitalarias, CMA, UCIA's, Pediatría de más y menos de 6 años, obstetricia, patient medico hospitalizado, quirúrgico hospitalizado y hospitales de media y larga estancia. Mayor satisfacción en CMA. 5 indicadores en los acuerdos de gestión que se monitorizan semestralmente (información en UCIA's, accesibilidad para citas, acogida en hospitales, confort limpieza en zonas comunes adecuación espacios pediátricos				Estudio EPIDEA sobre prevalencia de eventos adversos en todos los centros sanitarios públicos. Incorporación al proyecto ENEAS del ministerio. Capacitación de profesionales y sensibilización de directivos. Publicada la Recomendación para prevención y control de infecciones en el ámbito extrahospitalario		Incorporación de indicadores específicos de calidad los programas de gestión (incluyen calidad de la prescripción, calidad de la información, SIS, complicaciones, úlceras y RAM, reingresos, exitis en DRGs de baja probabilidad, demora de intervención de cadera, complicaciones y reingresos ajustados por riesgo así como la seguridad, variabilidad de procedimientos seleccionados y demoras ajustado por patologías. Experiencia en ISO. Grupo de trabajo para la mejora de los Servicios de UCIA's (triage estandarizado para toda la Comunidad, definición del proceso de alta y soporte informático a la realización de informes. Pilotaje en 3 centros	INACEPS Instituto para la acreditación que incluye credtición de centros y áreas asistenciales (sin concretar). Los centros pueden elegir su estrategia mas adecuada calidad se basa en el EFQM	Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana. El modelo de evaluación de calidad se basa en el EFQM	