

Estado de bienestar,

prestaciones sociales y

gestión hospitalaria



Claudi Grinyó Ramos

Supervisor de la Sindicatura de Comptes de Catalunya

Una de las materias más sensibles en el replanteamiento del estado del bienestar a que se ven abocadas las sociedades avanzadas, es la creciente demanda sanitaria. Demanda cuantitativa (universalización de las prestaciones, envejecimiento de la población, nuevas enfermedades), y demandas cualitativas (nuevos medios de diagnóstico, tratamientos clínicos, farmacológicos, protésicos, de costes crecientes). El último Informe sobre Sanidad de la OCDE (junio 1995) dice que la incidencia

media del gasto sanitario sobre el PIB ha pasado del 7,3% al 8,1% entre 1983 y 1993 para el global de países miembros, mientras que las cifras del Estado español, en este mismo período, van del 6% al 7,3%.

Esta es una progresión insostenible a largo plazo, ya que alimenta sustancialmente un déficit público cuya media en el mismo período ha representado el 4,8% del PIB estatal y ha llegado al 6,7% en 1994, cifras absolutamente incompatibles con el límite del 3% fijado en Maastricht.



Problema general

Dos potencias económicas de primer orden, Estados Unidos y Francia, están de actualidad por sus problemas presupuestarios relacionados con el mantenimiento de las prestaciones sociales. La suspensión de 800.000 funcionarios y la creación de nuevos impuestos no pueden considerarse, solamente, medidas coyunturales.

En la década de los 90, viene produciéndose un movimiento generalizado de las autoridades sanitarias para hacer frente a los déficits amenazadores. En cualquier *forum* especializado, se observa la misma preocupación ante la imparable tendencia. Todos hacen esfuerzos de imaginación para emprender reformas, cambios y adaptaciones que puedan evitar el colapso económico del sistema. Todos están de acuerdo en que hace falta cambiar, por lo menos en la *praxis*, y que hay que plantear nuevos puntos de partida, nuevos objetivos, nuevas bases de acción.

Óptica catalana

En relación a Catalunya, esta preocupación estuvo presente en la promulgación de la Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria (LLOSC), y en la adopción del *Plan de Salud* aprobado por el Gobierno el 9 de marzo

El establecimiento de objetivos de calidad se ha demostrado compatible con el progreso de objetivos cuantitativos

de 1993 con el horizonte 1993-1995. El plan establecía las directrices básicas generales para atender las necesidades sanitarias, socio-sanitarias y de prevención de la enfermedad de la población acogida en la sanidad pública, y trataba de estimular nuevos planteamientos.

A partir de las previsiones de la LLOSC y del Plan de Salud, y en el ámbito de los servicios sanitarios de asistencia hospitalaria, el Servicio Catalán de la Salud (SCS) asumía el papel de planificador y comprador de servicios, función que pivota sobre la idea de contrato como núcleo generativo de objetivos, prestaciones, contraprestaciones, incentivos y obligaciones recíprocas.

El sistema sanitario catalán presenta, respecto a la situación del resto del Estado, algunas peculiaridades, entre las que destaca la composición de la oferta de servicios hospitalarios constituida por la Red Hospitalaria de Utilización Pública (RHUP). La formaban, en 1994, 69 centros dotados con más de 16.000 camas para enfermos agudos. Aproximadamente un 70% de estas camas corresponden a establecimientos ajenos a la Seguridad Social y patrocinados, la gran mayoría, por entidades públicas o privadas, fruto de la tradición mutualista y asociativa de Catalunya, al margen de toda finalidad de lucro. Desde siempre, la Seguridad Social ha contado con el tejido sanitario preexistente, de manera que se ha ido dotando de instalaciones propias de forma subsidiaria, a medida que las necesidades crecientes lo han exigido.

El contrato-programa

En el mencionado contexto, el Servicio Catalán de la Salud, en su papel de comprador de servicios, contrata con los establecimientos sanitarios la asistencia que ha de

Los hospitales tienen que asumir objetivos prioritarios y específicos en función de sus características y su entorno

garantizar. El contrato se universaliza y se extiende a toda actividad. Incluso a efectos de emulación y homogeneidad en los análisis de funcionamiento hospitalario, aparece la figura del contrato-programa con cada una de las instituciones propias adscritas al Instituto Catalán de la Salud (ICS), órgano dependiente del propio SCS.

La plasmación de objetivos

Desde la óptica propia de los OCEX, queremos referirnos a la introducción, dentro del proceso de dicha contratación, de conceptos originales relacionados con el establecimiento, definición, evaluación y seguimiento de objetivos incentivados; experiencia que puede llegar a constituir una herramienta importante de gestión. La creemos digna de divulgación como ejemplo de plasmación en acciones concretas de enunciados conceptuales empíricos que, de otra forma devienen, a menudo, inoperantes formulaciones de buena voluntad.

El encargo contractual

El contrato de servicios hospitalarios consta de un *corpus* general (contratantes, marco legal y clausulado básico) y de cláusulas adicionales que actualizan para cada anualidad el encargo asistencial y sus contraprestaciones.



El encargo asistencial básico se formula expresado en UBA (Unidad Básica Asistencial) que será la unidad a facturar de acuerdo con la tarifa vigente. El contrato, ajustado a las necesidades previstas y a las posibilidades presupuestarias, prevé mecanismos para mantener la actividad facturable dentro de las previsiones.

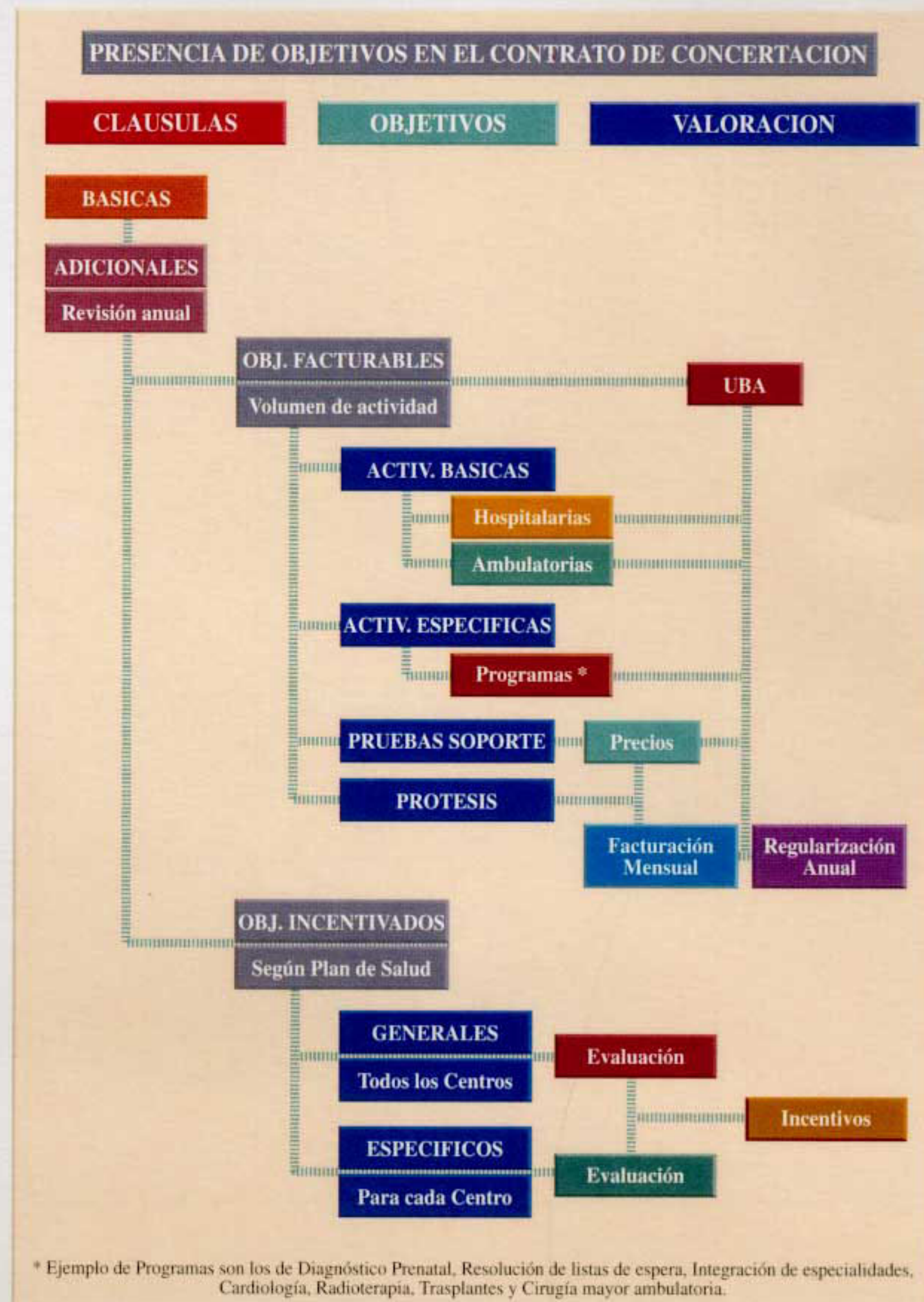
La novedad a partir de 1993 consiste en la inclusión, mediante cláusulas adicionales anuales, de objetivos cualitativos medibles y con repercusión económica al cierre de ejercicio. Se ha buscado la manera de introducir, más allá de la asistencia hospitalaria clásica, funciones de promoción y prevención de la salud, investigación, docencia, calidad, equidad y satisfacción del usuario, en pro de una mejora de gestión que estimule la eficiencia y, en último término, favorezca la economía de la actividad.

Los hospitales tienen que asumir un bloque general de objetivos definidos como *prioritarios*, comunes para todos los hospitales, y un segundo bloque de objetivos *específicos* o singulares, estudiados para cada centro en función de sus características y su entorno.

Los objetivos *específicos* pueden formularse a propuesta del SCS o del mismo centro, y están sujetos a negociación y acuerdo.

El período ordinario para el alcance de objetivos es la anualidad, y cuando se plantean para un período superior, quedan sometidos a una evaluación anual. Por su naturaleza de cualitativos, este conjunto de objetivos son de continuidad y permanecen vigentes mientras no se consideren alcanzados.

La cláusula adicional anual establece la definición de cada uno de



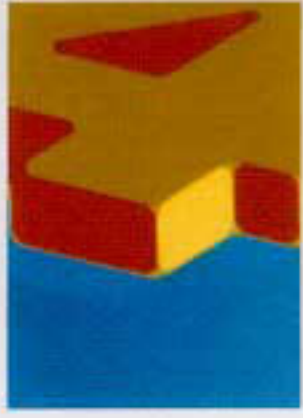
los objetivos *prioritarios* y *específicos*, las actividades a realizar, los criterios y los indicadores de evaluación, la ponderación asignada (no todos tienen la misma relevancia), la información justificativa de cada uno y el presupuesto máximo alcanzable por el resultado de la evaluación.

Planteamientos de 1995

El planteamiento hecho para 1995 ilustra lo que se ha dicho hasta ahora: Todos los centros tendrán que alcanzar nueve objetivos, seis de los cuales corresponden a objeti-

vos *prioritarios* y tres corresponden a objetivos *específicos*. Para cada uno de los hospitales se ha determinado un esquema ligado a la consecución de los objetivos que repercutirá en la facturación final del centro en forma de incentivo con un componente positivo o negativo hasta un 0,5%, y hasta un 0,2% en los hospitales de alta tecnología.

Al final del año, cada hospital presentará a su región sanitaria (órgano territorial del SCS) la información correspondiente a los resultados alcanzados y beneficios obtenidos.



**EVOLUCION DE LOS OBJETIVOS INCLUIDOS EN LOS CONTRATOS RELATIVOS
AL PLAN DE SALUD 1993-1995**

	1993	1994	1995
NUMERO DE OBJETIVOS	9	16	9
CARACTERISTICAS DE LOS OBJETIVOS	Contenido de carácter general	Contenido más específico, incidiendo en los aspectos relacionados con la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.	Objetivos más claros y mejor definidos, incidiendo en los aspectos relacionados con la mejora de la coordinación de niveles y servicios.
	No se indicaron las actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos establecidos.	No se indicaron las actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos establecidos.	Se indican las actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos establecidos.
	Aplicación común a todos los hospitales.	Aplicación común a todos los hospitales.	Aplicación común a todos los hospitales de los objetivos generales, e introducción de objetivos específicos para cada centro, a determinar por la Región Sanitaria.
CRITERIOS DE EVALUACION	<p>Crterios de evaluación definidos de forma muy general en los contratos, sin especificar los indicadores a utilizar.</p> <p>La metodología de evaluación se definió en su mayor parte posteriormente al establecimiento del contrato, lo que perjudicó la homogeneidad en su valoración realizada por las Regiones Sanitarias.</p> <p>La valoración de los objetivos en el hecho de entregar la información solicitada en relación a los diferentes objetivos.</p>	<p>Para cada objetivo se incluyeron en el contrato los criterios e indicadores a utilizar en el proceso de evaluación, estableciendo una valoración diferenciada por nivel de hospitales.</p> <p>La metodología de evaluación se definió en el mismo contrato, y se emitió un documento que recogía unos criterios comunes de valoración y puntuación de los objetivos a aplicar en todas las Regiones Sanitarias.</p> <p>La valoración de los objetivos se basó fundamentalmente en el análisis del contenido de la información entregada en relación a la consecución de los objetivos.</p>	<p>Para cada objetivo se incluyeron en el contrato los criterios e indicadores a utilizar en el proceso de evaluación, estableciendo una valoración diferenciada por nivel de hospitales.</p> <p>La metodología de evaluación se define en el mismo contrato, estableciendo unos criterios comunes de valoración y puntuación de los objetivos a aplicar para todas las Regiones Sanitarias.</p> <p>La valoración de los objetivos se basa en el análisis de los Planes de Actuación establecidos por el propio centro para alcanzar los objetivos establecidos.</p>
INCENTIVO ECONOMICO	+/-0,1%	+/-0,5% (+/-0,2% H Alta Tecnología)	+/-0,5% (+/-0,2% H Alta Tecnología)

nidos, y también los aspectos que queden pendientes.

La región procederá a la evaluación de los objetivos *prioritarios* y *específicos* utilizando como base la información y los indicadores establecidos para cada objetivo. Igualmente, se realizará una valoración global del centro con la finalidad de constatar el esfuerzo, la predisposición, la participación y el interés demostrado en el cumplimiento de los objetivos establecidos.

El grado de consecución de cada uno de los objetivos se valorará con una puntuación dentro del

intervalo -5 a +5 y se someterá al escalado de ponderación.

La valoración final de la consecución de resultados por parte de los hospitales se hará conjuntamente entre cada Región Sanitaria y los servicios centrales (Área Sanitaria) del SCS.

Desarrollo de la experiencia

Como se ha dicho, la experiencia se inició en el año 1993. Los criterios generales del Plan de Salud se materializaron en objetivos con-

cretos y medibles a alcanzar por cada uno de los centros, los cuales se comprometieron, con la firma de los conciertos, a seguir líneas de actuación dirigidas a mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios, la satisfacción del usuario, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los objetivos incluidos en los contratos han ido evolucionando a lo largo de los tres años de vigencia del Plan de Salud, de tal manera que, una vez conseguidos, se han visto sustituidos por otros o bien modificados profundizando su nivel de exigencia.

Por ejemplo, en el año 1993, en el tema concreto de la atención a los usuarios, se propuso la minimización de barreras administrativas en el circuito de admisiones, y el conocimiento de la opinión de los usuarios. En 1994, en este mismo ámbito, se planteó la simplificación de todos los circuitos asistenciales y administrativos, especialmente la programación de las primeras visitas procedentes de la atención primaria y la de las pruebas complementarias y, adicionalmente, la incorporación de la opinión del usuario en la planificación y gestión del centro. Final-

**Los objetivos
cualitativos
incentivados
son capaces de
impulsar
mejoras de
gestión**



mente, en el año 1995 se estableció como objetivo que los mismos centros diseñasen un Plan de Actuación propio destinado a mejorar la satisfacción del usuario.

La inclusión de objetivos en los contratos ha reforzado la implementación del Plan de Salud al establecer un proceso dinámico que ha permitido concretar anualmente las prioridades de actuación, y en función de su grado de consecución ir modificando su contenido.

El establecimiento de objetivos de calidad se ha demostrado compatible con el progreso de objetivos cuantitativos. Así, mientras se producía el desarrollo del sistema de

objetivos cualitativos inspirados en el Plan de Salud, durante 1993 y 1994, se obtenían incrementos de actividad global del 6,4% y del 5,9%, porcentajes superiores a la evolución de los gastos correspondientes (Personal + Suministros del ICS y facturación de Conciertos), lo que demuestra la consecución de mejoras de productividad.

El Cuadro que vemos en esta página pretende resumir la evolución de las características generales de los objetivos cualitativos incentivados (inspirados, como se ha dicho, en el Plan de Salud) que se han incluido en los contratos del período 1993-1995, según se desprende del estudio realizado sobre los mismos.

El cierre del proceso al finalizar 1994 dió lugar a la liquidación de incentivos por valor de 607,7 millones de pesetas y a la aplicación de penalizaciones por 9,7 millones, originadas éstas últimas en la evaluación del objetivo 16, único penalizable.

El resultado de la aplicación del sistema en el ejercicio 1994 se ha resumido en el cuadro que sigue, y la significación de los diferentes objetivos se aporta como anexo al final del trabajo.

La cifra final de incentivación se situó en el 0,3% del total satisfecho por Conciertos, dentro de la horquilla prevista, que se ha reflejado al pie del cuadro "Evolución de los objetivos incluidos en los contratos relativos al Plan de Salud 1993-1995". Su insignificancia relativa apoya la validez del experimento ya que ha permitido plantear y obtener apreciables mejoras de gestión con riesgo y coste muy limitados.

Conclusión

La experiencia recogida por la Sindicatura de Comptes de Catalunya en trabajos de fiscalización desarrollados sobre la aplicación de este sistema de evaluación e incentivación en sus inicios (1993 y 1994) permite pronosticar que, con la aparición de este tipo de planteamientos de motivación y control, puede avanzarse en la línea de hacer compatibles el perfeccionamiento y extensión de las prestaciones sanitarias con la mejora de la gestión en claves de eficacia y eficiencia y, en último término, de economía. ■

Nota: Este trabajo, originalmente realizado en catalán, ha sido traducido al castellano por Laura Galceran Borrull.

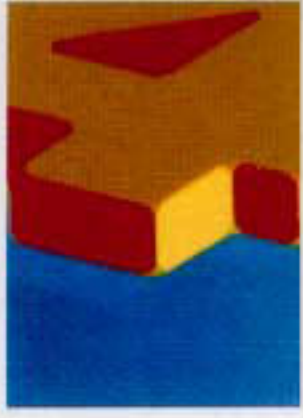
SCS-CONSECUCION DE OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD POR AREAS SANITARIAS EJERCICIO 1994

AREA SANITARIA	OB.1 %	OB.2 %	OB.3 %	OB.4 %	OB.5 %	OB.6 %	OB.7 %	OB.8 %	OB.9 %	OB.10 %	OB.11 %	OB.12 %
LLEIDA	71	51	69	63	0	50	9	20	61	100	97	97
TARRAGONA	97	94	94	94	96	100	89	77	71	86	86	77
TORTOSA	100	100	80	80	60	100	100	80	60	100	100	60
GIRONA	91	80	76	73	58	100	71	78	73	96	84	78
COSTA DE PONIENTE	66	72	60	64	97	97	78	62	34	84	62	70
BCN. NORTE/MARESME	98	94	80	88	73	100	78	84	76	84	88	86
CENTRO CATALUNYA	74	83	75	83	80	80	82	83	82	83	69	79
BARCELONA CIUDAD	77	87	81	88	73	100	71	60	98	82	81	79
	80	81	76	79	68	89	71	67	73	87	79	79

AREA SANITARIA	OB.13 %	OB.14 %	OB.15 %	V. GLOBAL %	INCENTIVOS OB. 1 A 5		PENALIZACION OB.16	
					% CONSEC.	IMPORTE	% CONSEC.	IMPORTE
LLEIDA	100	3	30	17	69	24.332.820	86	(28.071)
TARRAGONA	100	94	91	89	93	52.884.900	86	(2.295.912)
TORTOSA	100	60	100	80	87	10.170.164	100	
GIRONA	100	84	98	91	88	53.106.506	100	
COSTA DE PONIENTE	94	44	34	80	61	74.333.454	91	(3.752.678)
BCN. NORTE/MARESME	96	84	88	82	85	71.084.435	100	
CENTRO CATALUNYA	80	72	97	74	94	154.467.080	86	(693.808)
BARCELONA CIUDAD	92	65	76	76	82	167.359.710	88	(2.968.104)
	93	64	75	74	82	607.738.069	90	(9.738.573)

Importes en pesetas.

El porcentaje de alcance del objetivo 16 expresa el número de centros de la Región no penalizados sobre el total. Datos extraídos de la evaluación de los Servicios Hospitalarios del SCS.



CONTRATACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS OBJETIVOS, INDICADORES Y EVALUACIONES EN LA CONTRATACION DE 1994

OB	ACC. GRLES. Y OBJETIVOS	INDICADORES	EVALUACION
<u>MEJORA DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS</u>			
1	<p>Profundizar en aquellos aspectos organizativos en relación a las condiciones de acceso, de acogida, de confort y de trato al usuario, mediante las siguientes actuaciones:</p> <p>Simplificar los circuitos asistenciales y administrativos que son responsabilidad del centro, para facilitar el acceso del usuario al hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Circuitos asistenciales y administrativos que permitan conocer en tiempo real la ocupación del centro, la disponibilidad de camas por unidad y especialidad y la previsión de ingresos en relación al perfil del enfermo. • Circuito de ingreso y registro, sencillos y rápidos. • Circuitos de programación de pruebas complementarias que evite desplazamientos innecesarios a los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información y la adecuación de los circuitos utilizados, así como de las mejoras realizadas respecto del ejercicio anterior.
2	Adequar los circuitos de admisiones por lo que respecta a la programación de las primeras visitas procedentes de la Atención Primaria, sin necesidad de desplazamiento del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Circuito de programación de primeras visitas que evite el desplazamiento del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información y adecuación de los circuitos utilizados, así como de su grado de utilización.
3	Incorporar la opinión del usuario en la planificación y gestión del centro, estableciendo un mecanismo de atención al usuario donde se recojan las reclamaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de respuestas sobre las reclamaciones recibidas. • Tiempo medio de respuesta a las reclamaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Memoria entregada a la Región Sanitaria sobre las actividades de gestión y planificación iniciadas como respuesta a las reclamaciones.
4	Garantizar el trato adecuado y la información al usuario tanto en el momento de ingreso del enfermo como a lo largo de todo el proceso asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de acogida y circuitos de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del contenido del protocolo de acogida del centro y circuitos de información.
<u>MEJORA DE LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS</u>			
5	<p>Profundizar en la utilización de criterios comunes y normalizar procedimientos para abordar los problemas prioritarios de salud y de funcionamiento de los servicios.</p> <p>Utilización del protocolo para la detección precoz de la diabetes gestacional en todos los embarazos controlados por el centro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de utilización del protocolo (porcentaje de gestantes controladas por el centro a las que se aplica el protocolo, sobre el total). 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del grado de utilización del protocolo.
6	Aplicación del protocolo de cribado de la fenilcetonúria y el hipotiroidismo congénito y seguimiento de los recién nacidos positivos detectados.	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de utilización de la prueba de la criba (porcentaje de cribas realizadas sobre recién nacidos vivos nacidos en el centro), y mecanismos utilizados para garantizar la realización de la mencionada criba cuando el recién nacido es dado de alta antes de su realización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del grado de utilización de la prueba de criba. • Análisis de los mecanismos utilizados para garantizar la realización de la criba a todos los recién nacidos, incluidos aquellos que son dados de alta antes de su realización.
7	Adoptar medidas de prevención y control de la infección nosocomial.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de prevención y control de la infección nosocomial desarrolladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la memoria descriptiva de las actividades de prevención y control de la infección nosocomial desarrolladas.
8	Garantizar e informar a los profesionales sobre la necesidad de la vacunación contra el virus de la hepatitis B y garantizar su administración.	<p>Mecanismos de información dirigidos a los profesionales y actuaciones iniciadas para facilitar la determinación del estado inmunitario y la administración de la vacuna en caso necesario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información proporcionada a los profesionales. • Análisis de las actuaciones iniciadas para facilitar la determinación del estado inmunitario de los profesionales y su vacunación. • Porcentajes de profesionales inmunizados, vacunados, portadores del virus de la hepatitis B y de los que se desconoce su estado inmunitario.
9	Disponer de mecanismos para evaluar la calidad de los registros de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un grupo de trabajo para la evaluación de la calidad de la historia clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Memoria entregada por el centro a la Región Sanitaria. • Revisión de 100 historias clínicas procedentes de diferentes servicios y correspondientes a pacientes ingresados durante 1994.
10	Adecuarse a la normativa vigente en materia de residuos hospitalarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe sobre el análisis de la situación del centro respecto de la normativa vigente en materia de gestión de residuos y un Plan de actuaciones periodificado para su adecuación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del Informe y Plan de actuaciones entregados a la Región Sanitaria.



OB	ACC. GRLES. Y OBJETIVOS	INDICADORES	EVALUACION
11	<p>FORMACION DE LOS PROFESIONALES</p> <p>Potenciar la formación como herramienta de actualización de conocimientos y elemento de motivación de los profesionales.</p> <p>Encaminar y potenciar actividades de formación continuada en aquellos ámbitos prioritarios señalados en el Plan de Salud, así como en métodos de investigación para la producción e interpretación de la evidencia científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria descriptiva de las actividades de formación llevadas a cabo durante el año 1994. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la descripción anual de actividades de formación del centro.
12	<p>INVESTIGACION</p> <p>Potenciar el desarrollo de la investigación dirigida a los problemas de salud prioritarios, y facilitar la incorporación de la investigación científica en los ámbitos asistencial y de gestión.</p> <p>Potenciar el desarrollo de las actividades de investigación, en relación a los problemas prioritarios de salud y a la efectividad de las técnicas y procedimientos de uso común y de aquellos en relación a los resultados de la práctica clínica en términos de calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria descriptiva de las actividades de investigación llevadas a cabo durante el año 1994. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la descripción anual de actividades de investigación del centro.
13	<p>COORDINACION DE LOS SERVICIOS Y NIVELES ASISTENCIALES</p> <p>Facilitar la utilización adecuada de cada tipo de recurso, evitando las duplicidades y asegurando la idoneidad de las actuaciones y la continuidad asistencial.</p> <p>Participar activamente a requerimiento de la Región Sanitaria, en el abordaje de dos o más objetivos de atención sanitaria prioritarios en relación a los problemas de salud específicos de su medio.</p> <p>Disponer de un mecanismo que permita detectar los enfermos con problemas socio-sanitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de participación del centro en grupos de trabajo en el ámbito de la coordinación de servicios y niveles asistenciales. • Detección precoz de los pacientes con problemática socio-sanitaria en las primeras 48-72 horas. • Identificación del tipo de asistencia que requiere el paciente y de la adecuación de la evaluación a sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración por parte de la Región Sanitaria de las actividades realizadas y de la participación del centro en los mencionados grupos de trabajo. • Porcentaje de los pacientes con problemas socio-sanitarios sobre el total de ingresos. • Valoración de las actuaciones y mecanismos del centro para detectar los pacientes con problemas socio-sanitarios.
15	<p>INFORMACION NECESARIA</p> <p>Aportar la información necesaria respecto a los problemas de salud identificados como prioritarios en el Plan de Salud y velar para que los profesionales continúen la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria.</p> <p>El centro debe entregar a la Región Sanitaria las listas de espera de acuerdo con las especificaciones y periodicidad que ésta establezca, y a la Oficina Técnica de Evaluación de Tecnología Médica del Departamento de Sanidad y Seguridad Social la información que ésta pueda solicitar respecto a la aplicación y desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la información en los plazos establecidos. • Grado de cumplimentación de la información sobre las listas de espera, tanto cuantitativos como cualitativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la remisión de información en los plazos establecidos. • Valoración del grado de cumplimiento cuantitativo y cualitativo.
16	<p>El centro debe aportar al SCS la información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBD-AH).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la información en los plazos establecidos. • Grado de cumplimentación de la información sobre el CMBD-AH, tanto cuantitativo como cualitativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración por parte del SCS del porcentaje de altas cumplimentadas y de variables codificadas, así como de la calidad de la información de acuerdo con los criterios y protocolos vigentes.