



Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC)

Documento explicativo de la  
herramienta DAIME de  
despliegue y seguimiento de  
los Indicadores de Calidad

# DAIME

## **Autores**

Carlos A. Díaz Vázquez  
Rebeca Suárez Gutiérrez  
José María Navia-Osorio  
Pablo Mola Caballero de Rodas

## **Revisores Versión 4**

Rebeca Suárez Gutiérrez  
Alejandra Fueyo Gutiérrez  
Valentín Javier Rodríguez Martínez

Servicio de Gestión Clínica  
Dirección de Servicios Sanitarios  
SESPA



## Abreviaturas empleadas

**SGC**, Servicio de Gestión Clínica

**EAP**, Equipo de Atención Primaria

**EFQM**, *European Foundation for Quality Management*

**G-ITESA**, Guía para la Introducción de Tecnologías Sanitarias

**JCI**, *Joint Commission International*

**Nivel A, B, C**, los tres grados de encuadramiento de las UGC/AGC en Calidad: A (Nivel básico, centrado en la gestión de riesgo, los derechos del paciente y el liderazgo); B (centrado en los procesos clínicos y el entorno de la asistencia); y C (excelencia)

**SINOC**, Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad

**UGC**, Unidad de Gestión Clínica

**AGC**, Área de Gestión Clínica



## Índice

Tres herramientas en una .....	4
Conceptos .....	5
DAIME_Básico .....	8
DAIME_Extendido .....	11
DAIME_Metas.....	14
Cómo manejar y conservar el soporte documental de los pasos DAIME .....	19
Anexos (ejemplo de ficha DAIME-AP con los 91 indicadores) .....	21



## Tres herramientas en Una

En una situación ideal, en manos de expertos, el seguimiento de los indicadores de desempeño debería contemplar todos los aspectos incluidos en este documento ya desde el nivel A de calidad.

Pero éste no es el escenario en el que se mueve la atención primaria, y así se ha venido demostrando desde la creación de las primeras Unidades en el 2009: las UGC/AGC de primaria carecen de trayectoria en el ámbito de la gestión de la calidad y en especial la relacionada con la gestión clínica.

Por tanto se ha diseñado un modelo de seguimiento de los Indicadores de Calidad de complejidad de aplicación progresiva acorde a la creciente dificultad que supone el avance en el encuadramiento de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica.

DAIME es el acrónimo de "Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado".

El DAIME es el método de seguimiento de Indicadores del SINOC diseñado por el SESPA.

Las tres herramientas basadas en el DAIME desarrolladas y que se explican en este documento son:

- DAIME\_básico
- DAIME\_extendido
- DAIME\_metas

### Ámbito de aplicación

#### **DAIME\_básico**

- Académico o educativo. No se utiliza en el seguimiento de las UGC / AGC

#### **DAIME\_extendido**

- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel "A" (desde el primer año de funcionamiento)
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel "B" (desde el primer año)
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel "C" (primer año)

#### **DAIME\_metas**

- Opcional para las UGC/AGC en el primer año de acceso al nivel "C"
- Obligatorio y de implantación progresiva para las UGC/AGC con más de 1 año en el nivel "C"

## Conceptos

Con carácter general existe un importante grado de confusión entre estos conceptos. Dependiendo del ámbito de aplicación (educativo, sanitario, social...) y de los autores, puede resultar que lo considerado por unos objetivo, para otros es un estándar, o una meta, etc.

En el presente documento, al referirnos a dichos conceptos queremos decir:

### Objetivo

Un objetivo define una intención, general o específica, de la organización (SESPA; UGC, AGC, etc). Se trata de algo que se quiere conseguir, una situación aun no alcanzada y que se quiere alcanzar.

En este contexto un objetivo siempre está presidido por un verbo en infinitivo: lograr, alcanzar, mejorar, asegurar, garantizar...), aunque en ocasiones no se indique cuando el propósito del objetivo es evidente. Por ejemplo: *Derecho de los pacientes a la confidencialidad en su relación con el profesional*. Aun carente de verbo, parece evidente que se trata de "garantizar" dicho derecho.

Los objetivos reflejan una idea y nunca, o de forma excepcional, establecen plazos, personas que deben desarrollarlos, etc.

Los "objetivos" son profusamente utilizados en el SINOC.

### Indicador

Utilizamos indicador en su concepción más simplista: "algo que indica".

Un objetivo puede tener uno o más indicadores que permitan "orientarnos" al logro de objetivos.

Existen dos formas de interpretar el concepto de "indicador":

- Algo que indica cómo conseguir un objetivo: "si pretendes esto (objetivo), haz aquello (indicador)". Técnicamente denominados **indicadores de acción**, **indicadores de desempeño** o **inductores**. Muy presentes en los procesos de calidad asistencial.

Este tipo de indicadores expresan de una manera sencilla "una forma, estrategia, acción, procedimiento ... para alcanzar el objetivo, en todo o en parte".

Un objetivo puede desplegarse en varios indicadores de desempeño, tal que llevando a término dicho-s indicadores de desempeño, habremos dado cumplimiento al objetivo.

Otra forma de interpretar los indicadores es considerando que un indicador es algo que indica cuán de cerca estamos del logro. Denominados **Indicadores de resultados**.

Un indicador de resultado se diseña a partir de un indicador de desempeño. es decir, primero se establece "una forma, estrategia, acción, procedimiento ... para alcanzar el objetivo, en todo o en parte" y después se define un resultado esperable, que puede ser cuantitativo, por ejemplo "si pretendes esto, qué porcentaje has logrado hasta un determinado momento". No obstante no siempre es viable, ni necesario, desarrollar "indicadores de resultados cuantitativos", en la medida que no siempre es posible cuantificar una acción; como por ejemplo las acciones cualitativas de "haber hecho o no algo". En estas situaciones del "todo o nada", del "sí o no", el indicador de resultado equivale al indicador de desempeño adjetivado con el logro propuesto (sí realizado, no



realizado).

En ocasiones un indicador de desempeño puede llevar asociados varios indicadores de resultados, e incluso indicadores de resultados cualitativos y cuantitativos.

Ejemplo:

Objetivo:

*Garantizar el derecho de los pacientes a la confidencialidad en su relación con el profesional*

Indicador de desempeño (uno de los posibles):

*La UGC elaborará un modelo de compromiso de confidencialidad.*

Indicador de resultado cualitativo:

*La UGC (sí-no) ha elaborado de un modelo de compromiso de confidencialidad.*

Indicador de resultado cuantitativo:

*Porcentaje de profesionales que han firmado el compromiso de confidencialidad en un momento determinado* (cuantitativo, de 0 a 100%).

El desarrollo de indicadores cuantitativos permite no sólo medir resultados finales, sino también monitorizaciones intermedias, siendo ésta una de sus principales utilidades, permitiendo la construcción de un Panel de Control-Cuadro de Mandos de Calidad para la monitorización, cuyo método de elaboración se aborda más adelante en este documento.

## Estándar

Un estándar es una especificación, algo que define una buena practica y la diferencia de la que no lo es. Habitualmente se describe como una frase breve, contundente, de muy fácil comprensibilidad en general y bien formulada.

Por ejemplo: *“El EAP tendrá un Plan de Emergencias”*

Es una situación intermedia entre un objetivo y un indicador de desempeño, por lo que el uso del concepto “estándar” resultaría en una redundancia cuando se definen los otros dos, tal y como haremos en este documento.

No obstante la Joint Commission International<sup>1</sup> desarrolla su manual en base a la descripción de estándares y es interesante estar familiarizado con el término.

En concreto la JCI define el estándar como “Una frase que define las expectativas de actuación, las estructuras existentes o los procesos que deben de estar presentes para que una organización ofrezca atención, tratamiento y servicios de alta calidad”.

## Meta

No existe término más ambiguo en la bibliografía sobre planificación que el de “meta”. En el lenguaje coloquial es fácil entender que la meta es el punto final al que se quiere llegar tras recorrer un determinado camino.

No obstante otros autores aplican el concepto meta a los objetivos generales, más amplios, incluso igualándolos a “objetivos estratégicos”.

Nosotros utilizaremos “meta” para referirnos a la primera acepción, que por otro lado es la que mejor visualiza cualquier persona profana en la materia. Es decir, a la concreción del logro que queremos alcanzar en un tiempo determinado.

<sup>1</sup> Estándares para la acreditación de centros de atención primaria de la JCI (primera edición, julio 2008)

Disponible en [http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/Standards\\_Only-PC\\_1st\\_edition.pdf](http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/Standards_Only-PC_1st_edition.pdf)

No es lo mismo que un indicador de resultado, que lo que hace es “decirnos en que punto nos encontramos”. La meta nos indica a qué punto queremos llegar. La meta, en sí, está más íntimamente relacionada con el indicador de desempeño (acción o inductor) que con el objetivo. Tal que a cada uno de los indicadores de desempeño se le puede asociar una meta, cualitativa o cuantitativa, según el caso.

Ejemplo:

**Objetivo:**

*Garantizar el derecho de los pacientes a la confidencialidad en su relación con el profesional*

**Indicador de desempeño (uno de los posibles):**

*La UGC elaborará un modelo de compromiso de confidencialidad que firmaran todos los profesionales de la UGC*

**Indicador de resultado cualitativo:**

*La UGC (sí / no) ha elaborado de un modelo de compromiso de confidencialidad.*

**Su meta:** *El equipo sí ha elaborado un modelo de compromiso antes de (fecha determinada)*

**Indicador de resultado cuantitativo:**

*Porcentaje de profesionales que han firmado el compromiso de confidencialidad en un momento determinado (cuantitativo, de 0 a 100%).*

**Su meta:** *El 100% de los profesionales tienen firmado su compromiso de confidencialidad a (fecha determinada)*

## DAIME\_Básico

- **Ámbito de aplicación:** Académico o educativo. Se utiliza para dar formación de forma escalonada. No se usa para en el seguimiento de las UGCs / AGCs.

El DAIME es una herramienta de ayuda para la gestión de los indicadores y que permite identificar el punto donde se encuentra el desarrollo de un indicador.

DAIME es un acrónimo que describe los 5 pasos básicos a tener en cuenta en el despliegue de un indicador:

1. Documentado
2. Aprobado
3. Implantado
4. Monitorizado
5. Evaluado

### La Ficha de Despliegue de los Indicadores de Calidad según el DAIME básico

El DAIME representa los “**5 pasos básicos de despliegue de un indicador**” (Doc, Apro, Impl, Mon, Eva), a los que por convención se les ha asignado el mismo valor (2 puntos, total 10 puntos).

La aplicación del DAIME permite asignar una puntuación más ajustada al grado de desarrollo y despliegue del conjunto de indicadores que si simplemente se contemplara para cada indicador la dualidad “cumplido-no cumplido”.

La siguiente tabla muestra el significado y el valor de los pasos del DAIME\_básico:

Pasos	Quiere decir	Quiere decir	Valor
Doc	Soprote documental	Existe documentación que sostiene la acción o propuesta de acción. Basta que exista un documento explicativo para otorgarle la puntuación	2 puntos
Apro	Aprobación	Existe constancia de que el proceso ha sido aprobado o presentado al equipo. Por ejemplo en un Acta de reunión de equipo (*)	2 puntos
Impla	Implantación, puesta en marcha, difusión	El proceso, acción o política ha sido implantada y/o difundido. Es decir ya se está desarrollando en la UGC/AGC.	2 puntos
Mon	Supervisión, monitorización	Se supervisa-monitoriza de forma periódica. Es decir cada determinado período de tiempo (que puede ir de 1 día a 12 meses... según el caso), alguien registra-revisa la marcha del indicador	2 puntos
Eva	Evaluación (ciclo de mejora)	Se evalúan resultados que se presentan al Equipo (*). Se toman decisiones en base a los mismos (cierre del ciclo de mejora)	2 puntos

Total	Total de puntos	La sumatoria de puntos alcanzada en los cinco pasos DAIME-Básico (máximo 10 puntos)	
-------	-----------------	---	--

(\*)Equipo: EAP, Servicio hospitalario, Consejo de Dirección, Comisión, Grupo de Trabajo, según el caso



De este modo es fácil, para el Responsable de Calidad, conocer en todo momento la situación de cada uno de los indicadores

A título de ejemplo se muestra una posible situación con 6 indicadores de desempeño:

UGC/ AGC de _____						
situación a __ de _____ del 201__						
Indicador	D	A	I	M	E	Total
<i>Indicador 1.b1</i> La UGC dispone de un procedimiento para la gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias de los pacientes.						8
<i>Indicador 1.g1</i> La UGC establece un procedimiento de información pro-activa sobre directrices previas (testamento vital)						4
<i>Indicador 2.c2</i> La UGC dispone de procedimientos que garantizan la seguridad de uso de la medicación y productos sanitarios que precisan cadena de frío						10
<i>Indicador 2.c1</i> La UGC dispone de procedimientos implantados que garantizan la seguridad de uso de la medicación y productos sanitarios, tanto diagnósticos como terapéuticos (gestión de almacenamiento, caducidades, estado de conservación)						2
<i>Indicador 2.f1</i> La UGC cuenta con un procedimiento para la disminución de riesgos de exposición laboral de origen biológico, que incluye la política sobre uso de guantes, mascarillas y gafas						6
<i>Indicador 3.b1</i> La UGC tiene definido su catálogo de pruebas a la cabecera del paciente que incluye la descripción, indicadores y requisitos de cada prueba						10

En el ejemplo anterior, la AGC/UGC en la fecha indicada tendría 40 puntos sobre 60 posible (6x10), es decir su resultado de calidad en dicha fecha sería de 66,66 /100 (o 66,66%).

Este método de evaluación y puntuación será el que se seguirá en los niveles de calidad A, B y C.

Para cada paso DAIME se precisará un soporte documental que pruebe que dicho paso ha sido dado (documento del procedimiento, registro-acta de aprobación, registros de seguimiento-monitorización, documento de evaluación, plan de mejora, etc. según el caso).



## DAIME\_Extendido

### Ámbito de aplicación:

- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel "A" (desde el primer año de funcionamiento)
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel "B" (desde el primer año)
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel "C" (primer año)

La versión avanzada del DAIME, el DAIME\_Extendido, pretende facilitar tanto el correcto desarrollo del indicador como la evaluación del cumplimiento del mismo. Es por tanto útil para los evaluados como para los evaluadores.

Así mismo da pistas a los evaluados, en mayor detalle, de cómo puntúa el auditor el cumplimiento del indicador.

El DAIME-Extendido no varía la puntuación de cada uno de los cinco pasos básicos del DAIME\_Básico, que siguen manteniendo 2 puntos, pero afina el sistema de asignación de puntos.

DAIME-Básico		DAIME-Extendido	Valor
Doc	Soporte documental	<b>DOCUMENTO</b> Existe documentación que sostiene la acción o propuesta de acción. Basta que exista un documento explicativo para otorgarle la puntuación	1 punto
		<b>TRAZADO</b> La documentación se presenta siguiendo las directrices de "manejo y conservación del soporte documental", incluidas en este documento	1 punto
Apro	Aprobación	<b>ACTA</b> Existe constancia escrita-documental de que el proceso ha sido aprobado o presentado al Equipo (*) para su aprobación. Por ejemplo en un Acta de reunión de Equipo (*)	1 punto
		<b>RESPONSABLE</b> Se ha asignado un Responsable de Indicador, cuya identificación consta bien en la fase (D) o en la (A)	1 punto
Impla	Implantación, puesta en marcha, difusión	<b>ARRANQUE</b> Se realiza el primer acto de implantación o difusión (según se corresponda con el indicador) del proceso, acción o política. Es decir, el desempeño recogido en el indicador inicia su puesta en marcha.	1 punto
		<b>DESARROLLO</b> La implantación o difusión se está desarrollando con normalidad, formando parte de la dinámica del equipo.	1 punto
Mon	Supervisión, monitorización	<b>MONITORIZACION</b> Se supervisa-monitoriza de forma periódica. Es decir cada determinado período de tiempo ( que puede ir de 1 día a 12 meses... según el caso), alguien registra-revisa la marcha del indicador.	1 punto
		<b>INFORMACION</b> De forma periódica (por ejemplo 2-3 veces al año) y en reunión formal, se informa de la evolución-marcha de las monitorizaciones, problemas que ha surgido, incidencias, etc. Un Acta o similar permite confirmar que dichas reuniones se han producido	1 punto
Eva	Evaluación (ciclo de mejora)	<b>VALORACION</b> Anualmente, de forma general, se evalúan los resultados, y se presentan al Equipo(*), donde se discuten y se proponen mejoras. Un Acta o similar permite confirmar que dicha reunión se ha producido	1 punto
		<b>INTEGRACIÓN</b> Se toman decisiones en base a los resultados obtenidos, produciéndose mejoras y cambios (si es preciso) en el despliegue de dicho indicador para el siguiente ciclo DAIME. Se cierra así el ciclo de mejora anual para dicho indicador	1 punto
<b>Total</b>	Total de puntos	La sumatoria de puntos alcanzada en los diez pasos DAIME-Extendido (máximo 10 puntos)	

(\*)Equipo: EAP, Consejo de Dirección, Comisión, Grupo de Trabajo, según el caso



DAIME - Extendido

Indicador:	
Documentación	Documento
	Trazado
Aprobación	Acta
	Responsable
Implantación	Arranque
	Desarrollo
Monitorización	Monitorización
	Información
Evaluación de resultados (ciclo de calidad)	Valoración
	Integración

## DAIME\_Metas

### Ámbito de aplicación:

- Opcional para las UGC/AGC en el primer año de acceso al nivel "C"
- Obligatorio y de implantación progresiva para las UGC/AGC con más de 1 año en el nivel "C"

El DAIME\_Metas es la versión más avanzada del DAIME y se plantea para UGC/AGC próximas al grado de excelencia en Calidad (nivel C-avanzado, es decir de 2º año y en adelante)

El DAIME\_Metas añade complejidad y un mayor refinamiento al seguimiento de los indicadores (fases M y E del DAIME), al establecer "Indicadores de resultados" y "Metas".

### Seguimiento a través de un Panel de Indicadores de Resultados con Metas

Con el DAIME\_Extendido la UGC/AGC se limita a ser testigo de sus resultados. Aborda un indicador de desempeño y en las fases de Monitorización y de Evaluación registra y muestra el grado de logro alcanzado (por ejemplo *el 75% de los profesionales tienen firmado el compromiso de confidencialidad*).

Con el DAIME\_Metas la UGC/AGC establece a priori la Meta que quiere alcanzar para ese año, de tal forma que al inicio de cada año (o ciclo) la UGC/AGC sabe a dónde quiere llegar (meta) con un indicador y por tanto Monitoriza (a lo largo del año) y Evalúa (al finalizar el año), cuan de cerca o alejado está su resultado de la Meta que se marcó.

En todo caso, no será necesario desarrollar Metas para la totalidad de indicadores de desempeño del SINOC.

De hecho la propuesta es que cada UGC/AGC desarrolle un *Panel de Seguimiento de Indicadores Seleccionados*, adaptado a las necesidades de la propia UGC y compuesto por una selección de indicadores y sus Metas correspondientes.

Así pues, el seguimiento de la calidad de una UGC/AGC de nivel C-avanzado se produce a dos niveles:

1.-Evaluación de todos los indicadores de calidad del SINOC, a los que se les aplica, para su evaluación el SINOC\_Extendido.

El resultado de esta evaluación supone el 70% del resultado final de una UGC/AGC de nivel C-avanzado.

2.-Evaluación de los resultados obtenidos (cumplimiento de metas) del Panel de Seguimiento de Indicadores Seleccionados.

El resultado de esta evaluación supone el 30% del resultado final de una UGC/AGC de nivel C-avanzado.



## ¿Cómo seleccionar los indicadores para el Panel de Seguimiento?

**Paso 1.**-La UGC/AGC seleccionará los indicadores de desempeño que considere permitirá medir de manera más fiable el desarrollo de la calidad de su UGC/AGC. Aunque con los años sea viable sustituir un Indicador por otro, deberá tratar de buscar los Indicadores que de una forma más estable merezcan la pena ser monitorizados.

Esta selección se basará en:

- Se trata de indicadores que han de alcanzarse de forma progresiva (la monitorización cobra todo su sentido).
- Se trata de indicadores de alta repercusión en el funcionamiento de la UGC/AGC.

Se ha establecido un mínimo de 25 y un máximo de 35 indicadores de desempeño a incluir en el *Panel de Seguimiento*.

De éstos, 8 indicadores serán establecidos de forma centralizada, con el fin de comparar resultados entre UGC/AGC de características similares. Estos indicadores no serán otros que los que en los niveles A, B y C se han definido como de obligado cumplimiento por parte de la UGC/AGC.

El resto serán de libre elección por parte de cada UGC/AGC, siempre y cuando se incluye en el panel al menos 1 indicador por cada grupo de objetivos de calidad (ver SINOC).

**Paso 2.**-Para cada indicador de desempeño la UGC/AGC desarrollará al menos un indicador de resultado y una meta.

La meta a alcanzar se revisará para cada ciclo anual de evaluación.

Todos los indicadores de resultados y metas serán definidos por las UGC/AGC.

La meta propuesta para un año nunca podrá ser inferior a la propuesta el año previo.

Las modificaciones de un año para otro (inclusión-exclusión de indicadores) deberán justificarse mediante documento explicativo.

En resumen:

- El Panel de seguimiento estará formado por 25 a 35 indicadores de desempeño.
- Ocho de estos indicadores se establecen centralizadamente.
- El resto los decide la UGC/AGC.
- Debe haber al menos 1 indicador seleccionado por cada grupo de objetivos.
- Los Indicadores de resultados y Metas los establece la UGC/AGC.
- Las metas se revisan cada año.



## Pasos a dar por parte de la UGC/AGC

Para cada indicador de desempeño que la UGC/AGC ha decidido incluir en su *Panel de Seguimiento*, ésta deberá:

1.-Definir un indicador de resultado, valorando si es posible obtener un indicador cuantitativo o sólo es viable un indicador cualitativo.

a.-Si el indicador es cualitativo, automáticamente quedará definida la meta o resultado final esperado: sí - no.

- Deberá definirse el tiempo en que se espera alcanzar la meta.

b.-Si el indicador de resultado ha sido transformado a una variable cuantitativa, la UGC/AGC determinará:

- El valor para considerar que se ha alcanzado un mínimo de calidad (de base se entiende que el 60%, si bien esto debe ajustarse a la naturaleza de cada indicador).
- El tiempo esperable para alcanzar dicho mínimo de calidad.
- El grado de cumplimiento esperado al final del año (que puede ser inferior, igual o superior al mínimo de calidad).
- Valores esperados de forma intermedia.

2.-Definir la fuente de donde se obtendrá la información.

3.-Establecer periodicidad de la monitorización por parte de la UGC/AGC.



### Ejemplo

Una UGC (atención primaria) decide incluir en su Panel de Seguimiento el Indicador de desempeño 4.c2: “definición y procedimientos para la recepción de pacientes vulnerables al alta hospitalaria”.

### Ficha-tipo de abordaje de un indicador (una ficha por cada indicador de desempeño incluido en el Panel de Seguimiento)

Elementos definidos por el SESPA	
Objetivo 4.c	<i>Colectivos vulnerables</i>
Indicador 4.c2	La UGC define los colectivos vulnerables y dispone de procedimientos para la recepción éstos al alta hospitalaria
Elementos a definir por la UGC / AGC	
Indicador de resultado (1) básico	
Fuente de información	
Periodicidad de la monitorización	
Indicador de resultado (2) avanzado	
Mínimo de calidad	
Periodicidad de la monitorización	
Grado de cumplimiento esperable	
Fuente de información	



## Ejemplo resuelto

Así podría la UGC haber decidido resolver los demás elementos de la ficha de indicador, En este ejemplo hemos planteado dos indicadores de resultados.

Elementos definidos por el SESPA		
Objetivo 4.c	<i>Colectivos vulnerables</i>	
Indicador 4.c2	La UGC define los colectivos vulnerables y dispone de procedimientos para la recepción de los pacientes vulnerables al alta hospitalaria	
Elementos a definir por la UGC		
Indicador de resultado (1) básico	<i>Un documento recoge la definición de los colectivos vulnerables y dispone de procedimientos para la recepción de los pacientes vulnerables al alta hospitalaria. Se trata de un indicador cualitativo: el documento existe o no.</i>	
Fuente de información	<i>El propio Documento elaborado</i>	
Periodicidad de la monitorización	<i>semestral</i>	
Indicador de resultado (2) avanzado	<i>Porcentaje de pacientes vulnerables dados de alta en el hospital en los últimos 12 meses y sobre los que se ha puesto en marcha el procedimiento de recepción establecido</i>	
Mínimo de calidad	<i>60%, a alcanzar en el segundo año de implantación</i>	
Periodicidad de la monitorización	<i>Tras una evaluación inicial se realizarán monitorizaciones semestrales</i>	
Grado de cumplimiento esperable	<i>Evaluación inicial (no existe el procedimiento): 0%</i> <i>0%</i>	
	<i>1ª evaluación (a los 6 meses):</i>	<i>25%</i>
	<i>2ª evaluación (al año de puesta en marcha):</i>	<i>50%</i>
Fuente de información	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1.-Relación de pacientes atendidos por la UGC con alta hospitalaria en los últimos 12 meses</i></li> <li><i>2.-Revisión de la historia clínica del paciente</i></li> <li><i>3.-Comprobación de la aplicación del procedimiento</i></li> </ol>	



## Cómo manejar y conservar el soporte documental de los pasos DAIME

### Custodia de la documentación

El soporte documental de cada paso a DAIME de cada indicador debe ser custodiado por una persona designada a tal efecto. Por norma general el Responsable de Calidad de la UGC/AGC.

La custodia implica tanto la salvaguarda de la documentación, como el control de la misma respecto el acceso de terceras personas (privacidad-confidencialidad) en aquella información sensible que pudiera contener dicha documentación.

### Control de versiones

1.-Todo documento susceptible de cambio-mejora (en general todos los documentos), deben disponer de un "control de versiones". El control de versiones debe figurar al menos en la portada de cada documento y/o en el pie de página del mismo.

Los elementos mínimos son:

- Indicador de la versión, por ejemplo "versión 1"
- Fecha de la versión, por ejemplo: "25 de Marzo del 2010"

Además se aconseja incluir una Advertencia-Aviso que prevenga a los lectores del documento, de posibles nuevas versiones. Por ejemplo:

**"Atención: este documento pudiera estar disponible en una versión más actualizada. Consulte con el Servicio de Gestión Clínica antes de proceder a su utilización"**

2.-Cuando un documento dispone de varias versiones (una válida, el resto ya obsoletas), en la documentación a custodiar resulta interesante mostrar una tabla de control de versiones, con el fin de conocer la magnitud de los cambios realizados.

Por ejemplo:

Version	Fecha	Cambio relevante	Código control
1	01.04.2009	Primera versión	cadv1
2	31.05.2009	Se explica en detalle la ubicación de la gestión del dolor en los indicadores 3a1, 3a4 y 5b2	cadv2_bfRS
3 (actual)	17.03.2010	Se redefine, con fines aclaratorios, en indicador 6a3 sobre formación en catástrofes. Se actualiza el indicador 6b4, sobre espacio libre de humos	cadv3_amAF



Siendo el “código de control” opcional pudiendo sustituirse por el nombre del autor-autores...

## Portada del documento

Llegados a este punto estamos en condiciones de establecer los 10 elementos básicos de la portada de todo documento que dé soporte al despliegue de un **Indicador**.

### ***Común a todas las páginas del documento:***

#### *Encabezado:*

1. Identificación institucional, logos, etc.

#### *Pie de página:*

2. Numero de página.
3. Control de versión nº de versión y fecha de la misma.
4. Advertencia-Aviso.

### ***Específico de la portada:***

#### *Cuerpo de la portada:*

5. Título del documento. Subtítulo si es preciso.
6. Versión / fecha del documento.
7. Autor, autores.
8. Fecha de aprobación del documento. Por ejemplo: “*Aprobado por el Equipo el xxx de xxxxx de xxxx*”
9. Responsable del documento o del proceso.
10. Tabla de control de versiones (si existen varias).

## Formas de conservación-custodia de la documentación

La documentación puede custodiarse:

- 1.-en soporte papel.
- 2.-en soporte electrónico.
- 3.-de ambas formas.

También puede ocurrir que algunos indicadores estén disponibles en soporte papel, otros en soporte electrónico y otros de forma mixta.