

CONTRATO DE GESTIÓN 2016

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORREJÓN

Introducción

El CONTRATO DE GESTIÓN se constituye como una herramienta que integra los objetivos anuales, enmarcados dentro del planteamiento estratégico a medio plazo, del Servicio Madrileño de Salud, definido y singularizado para cada uno de los niveles asistenciales y sus Centros de Gestión.

El CONTRATO DE GESTIÓN pretende alinear a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo.

Para ello se cuenta con un documento concebido como instrumento de trabajo que permite:

- Garantizar el cumplimiento de los compromisos asistenciales suscritos.
- Desarrollar la continuidad asistencial, mejorando la atención a los pacientes y la calidad asistencial.
- Una vinculación de los objetivos entre los diferentes niveles de prestación asistencial.
- Plantear una meta para cada objetivo, con un indicador medible con una periodicidad relacionada con las agendas de seguimiento y con la posibilidad, por tanto, de intervención ante desviaciones.
- El seguimiento de las actividades o productos intermedios que impulsan la consecución de los objetivos, productos clave o productos finales, lo que se conocen como resultados de administración diaria o indicadores de rendimiento.

Condiciones generales

Según el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, en su artículo 1 sobre competencias del Consejero de Sanidad, establece: *“Al Consejero de Sanidad le corresponde la propuesta, el desarrollo, la coordinación y el control de la ejecución de las políticas del gobierno de la Comunidad de Madrid en las siguientes materias: Aseguramiento sanitario, gestión y asistencia sanitaria, salud mental, atención farmacéutica, formación, investigación e innovación sanitaria, salud pública, seguridad alimentaria y trastornos adictivos.*

Asimismo, le corresponden las atribuciones que, como jefe de su departamento, se recogen en el artículo 41 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, las establecidas en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; y las que le otorguen las demás disposiciones en vigor.”

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid en su artículo 12 establece que, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ejerce la función de Autoridad Sanitaria de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, y en el resto de las normas que le sean de aplicación.

El Servicio Madrileño de Salud conforme a lo establecido en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en sus artículos 61 y 81 y el artículo 4 del Decreto 24/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, tiene, parcialmente modificado por Decreto 211/2015, de 29 de septiembre tiene, entre otras, las siguientes funciones:

- ✓ *La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales.*
- ✓ *El establecimiento de medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.*
- ✓ *La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.*
- ✓ *La planificación y gestión de las políticas de recursos humanos referidas al personal de las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud y sus Entes dependientes o adscritos.*
- ✓ *La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el Servicio Madrileño de Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.*
- ✓ *La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.*
- ✓ *La gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.*
- ✓ *La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.*
- ✓ *La supervisión y control de la gestión económica y financiera de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos.*

El Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, modificado por el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, en el artículo 1 establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, estableciendo las distintas funciones sobre las que tienen competencias las direcciones generales: de Coordinación de la Asistencia Sanitaria (art.2); de Gestión Económica-Financiera y de Infraestructuras Sanitarias (art.4); de Recursos Humanos y Relaciones Laborales (art.6), y de Sistemas de Información Sanitaria (art.8).

En base a la normativa descrita, el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud desarrolla el presente Contrato de Gestión de los centros adscritos a dicho servicio.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), valorando el escenario actual y previsible, así como las estimaciones estratégicas previas, adopta en el 2016 las siguientes líneas generales como guía a desarrollar en los sucesivos Contratos de Gestión:

Perspectiva Financiera	CAPITACION	SOSTENIBILIDAD y EFICIENCIA		FACTURACION	
	ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA				
Perspectiva Ciudadano	ACCESIBILIDAD ASISTENCIAL	TRANSPARENCIA	CALIDAD PERCIBIDA	APRENDER de los MEJORES	
	PACIENTE EJE ASISTENCIAL		CALIDAD		
	ACCESO a INFORMACION	CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA		BUENAS PRACTICAS	
	ATENCION a CRONICOS	PARTICIPACION CIUDADANOS	SERVICIO PUBLICO de CALIDAD		
Perspectiva Procesos	ESPACIO SOCIO-SANITARIO	PROCEDIMIENTOS EFICIENTES		CENTRALIZACION SERVICIOS	
	SISTEMA SANITARIO en RED	INNOVACION en GESTION	AMBULATORIZACION de la ASISTENCIA	PRESCRIPCION y USO ADECUADO MEDICAMENTO	
	ORGANIZACION CENTRADA en el PACIENTE		ORGANIZACION EFICAZ		AHORRO ENERGETICO
	GESTION CLINICA	CONTINUIDAD ASISTENCIAL	USO ADECUADO MATERIAL SANITARIO	INVESTIGACION DESARROLLO INNOVACION	
	PREVENCIÓN y DETECCIÓN PRECOZ	VENTANILLA UNICA	CONCIERTOS		CATÁLOGO UNICO
	ASISTENCIA DOMICILIARIA	URGENCIAS y EMERGENCIAS	ATENCION PRIMARIA	IMAGEN y LABORATORIO	CENTRALIZACION COMPRAS
	CUIDADO MEDIO AMBIENTE y GESTION de RESIDUOS		CONTRATACION y LOGISTICA		
Perspectiva Innovación, Aprendizaje, Infraestructuras	RECURSOS HUMANOS e INNOVACION		SISTEMAS DE INFORMACION		INFRAESTRUCTURAS
	DIMENSIONAMIENTO y GESTION ESTRATEGICA de las PLANTILLAS	RETRIBUCION VARIABLE	HISTORIA CLINICA ELECTRONICA	SISTEMAS APOYO a la GESTION	OPTIMIZACION RECURSOS
	LIDERAZGO MANIDOS INTERMEDIOS y PROFESIONALIZACION DIRECTIVOS	RECETA ELECTRONICA HOSPITALARIA		SISTEMAS APOYO a la ASISTENCIA	FONDOS EUROPEOS
	DIALOGO SOCIEDAD y SOCIAL	EVALUACION DESEMPEÑO	POTENCIAR MEDIOS TELEMATICOS	PLAN ALTA TECNOLOGIA HOSPITALARIA	
	EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO		INFRAESTRUCTURAS HOSPITALARIAS		

De ellas hay que distinguir las de responsabilidad de desarrollo esencialmente a nivel central y las que deberán ser desarrolladas más operativamente en las unidades de provisión (áreas remarcadas), en función de las prioridades establecidas para el presente ejercicio.

A fin de cumplir con las funciones legalmente encomendadas, ejercer su misión, cumplir con sus compromisos y valores corporativos y hacer posibles las líneas estratégicas generales, el SERMAS dispone un conjunto de recursos, servicios y actividades y el HOSPITAL UNIVERSITARIO TORREJÓN se compromete a que se concreten según las obligaciones recogidas en el siguiente Contrato de Gestión.

La Gerencia del HOSPITAL UNIVERSITARIO TORREJÓN presta la atención de su competencia, contenida en la cartera de servicios que se recoge en éste apartado del Contrato de Gestión, siendo su población de referencia de 144.584 personas según TSI a fecha 1 de enero de 2016 y su estructura poblacional en relación a los servicios ofertados la recogida en la siguiente tabla:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)	144.584
------------------------------	----------------

Distribución población TSI según tramos etarios

0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
4.777	23.156	98.980	13.269	4.402

Distribución población TSI según cribado

50-69 años		25-69 años	
Ca. mama	15.837	Ca. cérvix	44.444
50-69 años			
Ca. colón	31.080		

Objetivos del Centro

PERSPECTIVA FINANCIERA

PERSPECTIVA FINANCIERA	VALORACIÓN		25%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (Sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH			
1CUMPLIR EL OBJETIVO PRESUPUESTARIO	100	Ajuste a presupuesto CAP I : Efectivos, Sustituciones, Productividad variable ¹ .	100%	50
		Ajuste a presupuesto CAP II : Conciertos, Material Sanitario, Farmacia hospitalaria, Servicios ¹	100%	30
		Cobros a terceros ajustado a objetivo	100%	20

¹Objetivo excluyente de cumplimiento del Contrato de Gestión del Centro

PERSPECTIVA CIUDADANOS

PERSPECTIVA DEL CIUDADANOS	VALORACIÓN		40%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (Sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH	IMPULSAR LA ACCESIBILIDAD		
2ACCESIBILIDAD	40	Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para procesos diagnósticos/terapéuticos >45 días en Lista Espera Estructural	0	15
		Número de pacientes que superan los días de espera en Consultas Externas >60 días en Lista Espera Estructural	0	10
		Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para intervenciones quirúrgicas >180 días en Lista espera Estructural	0	15
	AH	IMPULSAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA		
CALIDAD	20	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización	100%	3
		Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras	100%	4
		Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados	100%	3
		Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida	100%	4
		Indicador sintético de gestión de calidad	100%	3
		Indicador sintético de mejora de la atención al dolor	100%	3
	AH	IMPULSAR UN SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD		
SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	20	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias	<0,1	4
		% Pacientes que han desarrollado heridas crónicas durante el ingreso con estancia >2 días	<2,5%	4
		Porcentaje de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	>95%	4
		% Pacientes intervenidos de fractura de cadera antes de las 48 horas del ingreso urgente	>90%	8
	AH	IMPULSAR CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS		
CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS	20	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Laboratorio en la frecuentación pactada	>95%	6
		Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Técnicas diagnósticas en la frecuentación pactada	>95%	7
		Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Consultas externas en la frecuentación pactada	>95%	7

²Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva Ciudadanos del Contrato de Gestión del Centro

PERSPECTIVA PROCESOS

PERSPECTIVA PROCESOS	VALORACIÓN		20%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH	IMPULSAR LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA		
3ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA	5	³ Desplegar y firmar aceptación o denegación del Acuerdo de Gestión con todos los servicios y unidades del centro en el primer cuatrimestre	100%	5
	25	Índice estancia media ajustada (IEMA) a su grupo	≤0,99	5
		Estancia prequirúrgica urgente	≤2 días	4
		% Suspensión quirúrgica	<4%	4
		Índice ambulatorización global procesos quirúrgicos ambulatorizables	≥65%	4
		Índice sucesivas/primeras por especialidad	<2,10	4
		% Urgencias no ingresadas (excluido los partos)	≥91,5%	4
	AH	IMPULSAR PROCESOS DE CARTERA DE SERVICIOS		
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PROCESOS	35	Agendas tipo en consultas	>95%	10
		Agendas tipo en pruebas diagnósticas	>95%	10
		Porcentaje Ocupación quirófano, anestesia, cirugía	>80,70,60%	10
		Valoración previa sospecha malignidad	100%	5
	AH	MEJORA PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO		
PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO	35	Indicador sintético de prescripción de receta	≥ 0,8	10
		Indicador sintético de eficiencia en farmacia hospitalaria	≥ 0,8	25

³Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva Procesos del Contrato de Gestión del Centro

La descripción de los indicadores sintéticos aparece reflejada en el Anexo I

PERSPECTIVA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS

PERSPECTIVA INNOVACION APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS	VALORACIÓN		15%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH	ORIENTAR LA INFORMACION, RECURSOS HUMANOS EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS		
INFORMACIÓN ASISTENCIAL	25	Enviar SIAE en fecha y forma en los dos primeros días hábiles de cada mes	100%	5
		Enviar CMBD en fecha y forma en los cinco primeros días hábiles de cada mes	100%	5
		Cerrar RULEQ en fecha y forma en el último día hábil de cada mes	100%	5
		Cerrar SICyT en fecha y forma en los tres primeros días hábiles de cada mes	100%	5
		Enviar fichero Quirófano en fecha y forma en los dos primeros días de cada mes	100%	5
INFORMACION GESTION ECONOMICA E INFRAESTRUCURAS	25	Enviar Datos de Seguimiento en tiempo y forma	100%	15
		Participación en Proyectos Corporativos	100%	10
INFORMACION RECURSOS HUMANOS	25	Base de datos mensual de Efectivos en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	7
		Ficha FOR en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	6
		Ficha FRET en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	6
		Ficha FGRM en fecha y forma antes del día veintidós de cada mes	100%	6
AUDITORIAS CLÍNICAS	25	Cumplimentación Informes de Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%	15
		% Pacientes con Informes de Enfermería al Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%	10

Reunidos D. Manuel Molina Muñoz, Viceconsejero de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, como máximo responsable del Servicio Madrileño de Salud de y D. Ignacio Jesús Martínez Jover, Director Gerente del Hospital Universitario Torrejón, revisado el presente Contrato de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad para el año 2016, y de acuerdo con las especificaciones contenidas en el mismo, acuerdan suscribirlo.

Madrid, a 7 de julio de 2016

Vicenconsejero de Asistencia Sanitaria

Director/a Gerente del Hospital
Universitario Torrejón

Fdo.: Manuel Molina Muñoz

Fdo.: Ignacio Jesús Martínez Jover

INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): CALIDAD

OBJETIVO 1.- DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN LA ORGANIZACIÓN	
INDICADOR	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización (Objetivos de seguridad del centro, unidades/servicios y rondas de seguridad)
FÓRMULA:	(% cumplimiento objetivos de seguridad del centro+ % cumplimiento objetivos por servicios+% cumplimiento rondas de seguridad)/3
META:	100%
ACLARACIONES:	Este indicador incluye 3 actuaciones para facilitar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 en la organización: 1) Desarrollo de al menos 5 objetivos de seguridad del paciente específicos del centro (y diferentes a los objetivos ya establecidos a nivel institucional), siendo prioritarios: identificación de prácticas innecesarias y uso seguro de radiaciones ionizantes 2) Desarrollo de al menos 2 objetivos de seguridad del paciente por servicios o unidades , siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas . 3) Realización de rondas de seguridad en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Al menos 4 rondas en hospitales grupos 1, 2, 3. (2 en UCI, 1 urgencias y 1 bloque quirúrgico) y 3 rondas en hospitales de apoyo, ME y Psq). Para poder dar por cumplido este objetivo el centro debe tener además nombrado, al menos, un responsable de seguridad del paciente por cada servicio/unidad Fuentes: Informes del centro. Listado de responsables.
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	1) Objetivos globales del centro: Alcanzado al 100% si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo prioritarios un objetivo sobre identificación de prácticas innecesarias y otro de uso seguro de radiaciones ionizantes con la siguiente escala de puntuación: 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si >=5 objetivos y entre ellos se encuentran identificación de prácticas innecesarias (20%), y uso seguro de radiaciones ionizantes (20%) 2) Objetivos por servicios o unidades: Alcanzado al 100% si >80% de servicios al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas), con la siguiente escala de puntuación: 100% si >80% servicios; 80% si entre 70-80% servicios; 50% si entre 50-70% servicios; 0% si menor 50% servicios 3) Rondas de seguridad: Alcanzado al 100% si rondas documentadas en actas o similar y evaluadas, con la siguiente escala de puntuación: 25% por cada una de las rondas, hasta llegar al 100% si >=4 rondas y entre ellas se encuentran urgencias (25%), UCI (50%) y bloque quirúrgico (25%). En el caso de hospitales de apoyo 33% cada ronda siendo obligatoria bloque quirúrgico. En hospitales de ME/PSQ, 33% cada ronda <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>

OBJETIVO 2.- IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
INDICADOR	Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras (Proyectos "Zero", higiene de manos, listado de verificación quirúrgica e identificación de pacientes)
FÓRMULA:	(% cumplimiento de proyectos "zero"+ % cumplimiento higiene de manos+% cumplimiento LVQ + % cumplimiento pulseras identificativas)/4
META:	100%
ACLARACIONES:	Este indicador incluye la implantación de 4 prácticas seguras para mejorar la seguridad de los pacientes en el hospital: 1) Proyectos Zero incluyen reducción de infecciones (neumonía asociada a ventilación mecánica y bacteriemia relacionadas con catéter venoso central) y multirresistencias en UCI. De aplicación en las UCI de adultos. Dato global del hospital. Se considerará cumplimentación adecuada de registro ENVIN si completo los meses de abril, mayo y junio y registro de ENVIN simplificado para bacteriemia, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacterias multirresistentes el resto del año 2) Higiene de manos: Realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS y desarrollo de al menos 2 planes de acción que aborden las áreas de mejora detectadas, estando relacionado uno de ellos con la evaluación del cumplimiento de higiene de manos 3) Listado de verificación quirúrgica (LVQ). Al menos 90% de Utilización calculado como N° de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica/N° total de intervenciones quirúrgicas programadas*100. A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas 4) Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en urgencias calculado como N° de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias/ N° total de pacientes estudiados en el Servicio de Urgencias*100. Fuentes: ENVIN HELICS. Informes propios del centro
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	1. Neumonía y Bacteriemia Zero: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: • 100% Si cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemia CVC/1000días • 80% Si no se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemia CVC/1000días • 60% Si no se cumplen dos de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemia CVC/1000días • 40% Si solo se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemia CVC/1000días 2). Higiene de manos: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si autoevaluación OMS y puesta en marcha de >= 2 planes de mejora, uno de ellos sobre evaluación de cumplimiento de higiene de manos. 50% Si autoevaluación y puesta en marcha de al menos 1 plan de mejora. 25% Si autoevaluación OMS y no puesta en marcha de planes de mejora. 3). LVQ: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si >90% intervenciones con LVQ. Entre

<p>65-89% cálculo lineal del % de cumplimiento. Si <65%: 0% de cumplimiento. Alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% Si >80% intervenciones con LVQ • 60% Si > 70% intervenciones con LVQ • 40% Si > 60% intervenciones con LVQ • 20% Si > 50% intervenciones con LVQ <p>4. Pulseras identificativas: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si >90% intervenciones con PI • 80% Si >80% intervenciones con PI • 60% Si > 70% intervenciones con PI • 40% Si > 60% intervenciones con PI • 20% Si > 50% intervenciones con PI. <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>
--

OBJETIVO 3.- REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	
INDICADOR:	Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados
FÓRMULA:	Responsable nombrado (20%=Si, 0%=No)+ Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial(Ver % apartado de cálculo cumplimiento/ponderación)
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>El Hospital deberá realizar las siguientes actuaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con un responsable del proyecto Observatorio de Resultados. 2. Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados del Observatorio. 3. Además, si en el apartado de efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan los obtenidos en su grupo, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer, en su caso, acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). De forma específica, en la revisión de los resultados de los indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria se contará con la participación de M. Preventiva
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>100% Si se ha designado por el hospital a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial (En este formato se incluyen los posibles incumplimientos y, en este caso, las correspondientes acciones de mejora).</p> <p>80% No se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial.</p> <p>60% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial al no incluir a todos los profesionales implicados.</p> <p>40% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial al no incluir a todos los indicadores susceptibles de mejora.</p> <p>20% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial.</p> <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>

OBJETIVO 4.-MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	
INDICADOR:	Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida (Índice de satisfacción global, Acciones de mejora encuesta y Líneas de Comité de Calidad Percibida)
FÓRMULA:	$(\% \text{ cumplimiento de ISG} \cdot 0,6) + (\% \text{ cumplimiento acciones de mejora} \cdot 0,2) + (\% \text{ cumplimiento líneas CCP} \cdot 0,2) / 3$
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye tres actuaciones de mejora de calidad percibida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Índice de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida (ISG) en los segmentos de hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias. 2.- Acciones de mejora derivadas de la encuesta de satisfacción. 3.- Líneas actuación del Comité de Calidad Percibida <p>Fuente: Encuesta de satisfacción 2016 SERMAS. Informe del centro de de acciones de mejora en formato preestablecido con la descripción de las actividades, cronograma e indicadores.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Índice de satisfacción global: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si >90% o media grupo. • 80% Si >85% • 60% Si > 80% • 40% Si > 75% • 20% Si > 70% 2. Acciones de mejora de la encuesta: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas : <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si implantadas el número de acciones establecidas por segmento (Grupos 1,2 y 3: 5 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 3; Psq: 2). • 80% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 2; Psq: 1 • 60% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 no siendo al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 1; • 40% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3 • 20% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3 3. Líneas de actuación del comité de calidad percibida: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas: <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; y 3 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 80% Si se han desarrollado al menos 3 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y

<p>Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60% Si se han desarrollado al menos 3 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 40% Si se han desarrollado al menos 2 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 20% Si se han desarrollado al menos 2 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; y 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo <p>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p>

OBJETIVO 5.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE CALIDAD

INDICADOR	Indicador sintético de gestión de calidad (Modelo EFQM y Gestión ambiental)
FÓRMULA:	(% cumplimiento de consolidación Modelo EFQM)+ (% cumplimiento desarrollo actuaciones de gestión ambiental)/2
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye dos apartados:</p> <p>Modelo EFQM: Planes de acción de las áreas priorizadas en la autoevaluación.</p> <p>Gestión ambiental: Desarrollar actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental (en hospitales no certificados avanzar de fase y en certificados desarrollando al menos un plan de acción según los resultados de la evaluación del desempeño ambiental, objetivos y metas del año 2015) y Monitorizar los indicadores de acuerdo a la formulación y fuentes de información consensuados desde la Subdirección de Calidad. Fuentes: Informes del centro</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>1. Planes de mejora modelo EFQM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si realizado al menos 3 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido • 80% Si realizado al menos 2 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido • 60% Si realizado al menos 1 plan de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido <p>2. Gestión ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si monitorización de indicadores de gestión ambiental y se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados y si al menos se documenta un plan de acción en hospitales certificados • 80% Si se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados y si al menos se documenta un plan de acción en hospitales certificados • 60% Si monitorización de indicadores de gestión ambiental y no se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados o no se documenta un plan de acción en hospitales certificados <p>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>

OBJETIVO 6.-OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

INDICADOR	Indicador sintético de mejora de la atención al dolor (Escala de valoración del dolor y líneas de actuación Comité de Atención al dolor)
FÓRMULA:	(% cumplimiento implantación escalas valoración dolor)+ (% cumplimiento desarrollo líneas actuación Comités Atención al Dolor)/2
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye dos apartados:</p> <p>1. Implantación de escalas de valoración del dolor en servicios/unidades se calcula como N° de servicios clínicos o unidades que tienen implantadas escalas de valoración del dolor/N° de Servicios clínicos.</p> <p>2. Líneas de actuación comités atención al dolor : contemplar: la atención al dolor agudo y al dolor crónico, (siendo actuación obligada en estas líneas la revisión y actualización en los últimos 3 años de protocolos de atención al dolor.), a la seguridad en el tratamiento del dolor, en coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, (siendo actuación obligada la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura al dolor en los planes de acogida del centro a profesionales) y finalmente línea de coordinación con AP.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>1. Escalas de valoración del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si alcanzado en el 80% de los servicios/unidades • 80% Si alcanzado en el 70% de los servicios/unidades • 60% Si alcanzado en el 60% de los servicios/unidades • 40% Si alcanzado en el 50% de los servicios/unidades <p>2. Líneas de los comités de atención al dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si al menos 5 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 3 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq), de las cuales, al menos, una hace referencia a la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR y la coordinación con AP • 80% Si al menos 4 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 2 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq), sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR y la coordinación con AP • 60% Si al menos 3 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 1 línea (hospitales Apoyo, ME y Psq), sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP • 40% Si al menos 2 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP

• 20% Si al menos 1 línea (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP
Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): FARMACIA

Las fichas con información de los indicadores de farmacia se podrán consultar en el "MANUAL DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS-HOSPITALES AÑO 2016"

1. INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA

Indicadores de pediatría**		Evaluación de la mejora del indicador*	INDICADORPEDIATRIA (IP)Ponderación
De selección	% EFG receta	Positivo	50%
	% Niños ALT/Total antiasmáticos	Negativo	50%

*(Incremento del indicador=positivo; descenso del indicador=negativo). Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III).

Indicadores de adultos		Evaluación de la mejora del indicador	INDICADORADULTOS (IA)ponderación
	Pacientes en tratamiento con estatinas de elección	Positivo	20%
	% DDD Omeprazol/Total IBP	Positivo	20%
	% EFG receta	Positivo	20%
	% DDD Sulfoninureas <70 años	Positivo	20%
	% DDD ARAll+Aliskiren/SRA*	Negativo	20%

*(Incremento del indicador=positivo; descenso del indicador=negativo). Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III).

2.- INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA

INDICADOR SINTETICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA $\geq 0,7$ Indicadores Hospitales Grandes, Medianos I y Medianos II	Ponderación
Índice Sintético General	70,00%
Coste tratamiento por paciente adulto VIH	24,50%
% pacientes adultos tratados y con CV indetectable	4,70%
Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos en DMAE exudativa	4,12%
Coste tratamiento por paciente EM-EXT Y HD PONDERADO	12,77%
Coste tratamiento por paciente Psoriasis	3,95%
Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriásica	2,06%
Coste tratamiento por paciente EII	7,00%
Coste tratamiento por paciente Artritis Reumatoide	6,38%
Coste tratamiento por paciente Espondiloartropatías	4,53%
Indicadores Biosimilares	14,00%
% de Biosimilares (BS)	8,00%
% pacientes NUEVOS en tratamiento con Biológicos Biosimilares*	6,00%
Indicadores de VHC	10,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes mono infectados con Virus Hepatitis C	5,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes coinfectados con Virus Hepatitis C	5,00%
Indicador de Onco-hematología	6,00%
Indicador en Leucemia Mieloide Crónica (LMC)	6,00%
INDICADOR SINTETICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA $\geq 0,7$	Ponderación
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	VER TABLA POR HOSPITAL
Coste/Estancia	
Ratio adquisiciones contables/adquisiciones PVL IVA *	
% EFG adquisición directa	
Coste medio paciente hormona crecimiento niños	

Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III)

	Media y Larga Estancia ó Apoyo	Salud Mental
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	31,25%	
Coste/Estancia		66,67%
Ratio adquisiciones contables/adq. PVLiva	37,50%	16,67%
% EFG adquisición directa	31,25%	16,67%

	H. Niño Jesús
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	20,00%
Ratio adquisiciones contables/adquisiciones PVL IVA	40,00%
Coste medio paciente hormona crecimiento niños	40,00%