

CONTRATO PROGRAMA 2018

GERENCIA DE ATENCION HOSPITALARIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN

Contenido

INTRODUCCIÓN:	3
CONDICIONES GENERALES	4
ORGANIZACIÓN.....	6
OBJETIVOS CENTRO	7
1.- PERSPECTIVA CIUDADANOS.....	7
2. PERSPECTIVA CALIDAD, HUMANIZACIÓN, ATENCIÓN AL PACIENTE Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN (Indicadores de seguimiento anual).....	8
3.- PERSPECTIVA PROCESOS	9
4. PERSPECTIVA INFORMACIÓN	10
ANEXO I.- SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	11
ANEXO II.- CALIDAD, HUMANIZACIÓN E INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE ..	13
ANEXO III: FICHAS DESCRIPTIVAS DE INDICADORES SINTÉTICOS ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	14
ANEXO IV: FICHAS DESCRIPTIVAS DE INDICADORES SINTÉTICOS ÁREA DE HUMANIZACIÓN.....	20
ANEXO V: FICHAS DESCRIPTIVAS DE INDICADORES SINTÉTICOS ÁREA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE	23
ANEXO VI . SUBDIRECCION GRAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	28
ANEXO VII: OFICINA REGIONAL DE COORDINACION DE TRASPLANTES.....	30
ANEXO VIII.- OFICINA REGIONAL DE COORDINACION ONCOLOGICA	31
ANEXO IX.- CUIDADOS PALIATIVOS	32
ANEXO X.- OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL	33
ANEXO XI.- FARMACIA.....	35
ANEXO XII.- AUDITORIAS CLINICAS	36

INTRODUCCIÓN:

El CONTRATO PROGRAMA 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 PROGRAMA 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:

- 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.

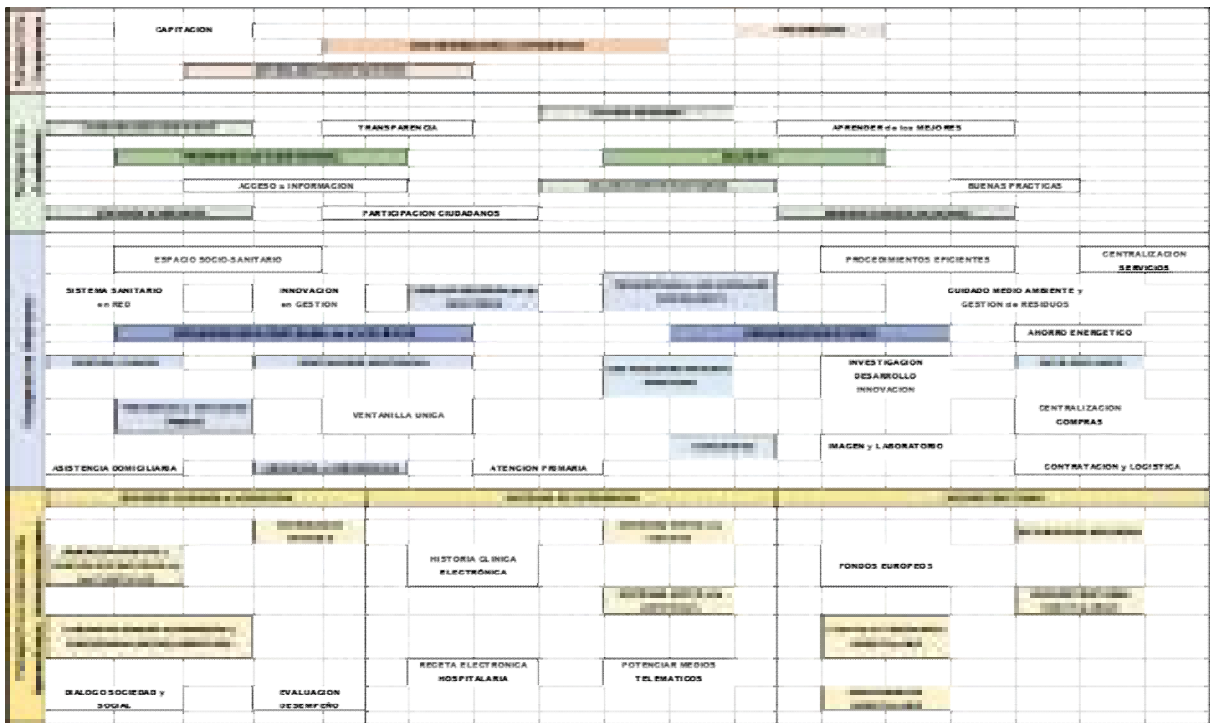
El Servicio Madrileño de Salud conforme a lo establecido en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en sus artículos 61 y 81 y el artículo 4 del Decreto 24/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento 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 Programa 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 2015 las siguientes líneas generales como guía a desarrollar en los sucesivos Contratos de Gestión:



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 DE TORREJÓN se compromete a que se concreten según las obligaciones recogidas en el siguiente Contrato Programa.

ORGANIZACIÓN

La Gerencia del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN presta la atención de su competencia, contenida en la cartera de servicios que se recoge en éste apartado del Contrato Programa, siendo su población de referencia de 149.495 personas según TSI a fecha 1 de Enero de 2018 y su estructura poblacional en relación a los servicios ofertados la recogida en la siguiente tabla:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)				
149.495				
Distribución población TSI según tramos etarios				
0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
4.563	23.943	101.409	14.839	4.741
Distribución población TSI según cribado				
				50-69 años
Ca. mama				17.043
				50-69 años
Ca. colón				33.543
				25-69 años
Ca. cérvix				48.319

OBJETIVOS CENTRO

1.- PERSPECTIVA CIUDADANOS

PERSPECTIVA DE LOS CIUDADANOS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
IMPULSAR LA ACCESIBILIDAD		
ACCESIBILIDAD	Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para procesos diagnósticos/terapéuticos >45 días en Lista Espera Estructural	0
	Número de pacientes que superan los días de espera en Consultas Externas >60 días en Lista Espera Estructural	0
	Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para intervenciones quirúrgicas >170 días en Lista espera Estructural	0
IMPULSAR UN SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD		
SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias	<1,48
	% Pacientes que han desarrollado heridas crónicas durante el ingreso con estancia >2 días	<1,02
	Porcentaje de pacientes con Valoración de Enfermería al ingreso	>95
	% pacientes citados en consulta de ostomía	90%
IMPULSAR CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS		
CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Laboratorio en la frecuentación pactada	>95%
	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Técnicas diagnósticas en la frecuentación pactada	>95%
	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Consultas externas en la frecuentación pactada	>95%

2. PERSPECTIVA CALIDAD, HUMANIZACIÓN, ATENCIÓN AL PACIENTE Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN (Indicadores de seguimiento anual)

PERSPECTIVA DEL CIUDADANOS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
IMPULSAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA		
CALIDAD, HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización	100%
	Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras	100%
	Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados	100%
	Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida	100%
	Indicador sintético de gestión de calidad	100%
	Indicador sintético de mejora de la atención al dolor	100%
	Indicador sintético del compromiso del equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable	100%
	Indicador sintético de la mejora de la información y el acompañamiento en el ámbito hospitalario	95%
	Indicador sintético de la implantación de otras actividades de humanización de la asistencia sanitaria	95%
	% de mejora de la atención al paciente a través de las reclamaciones (<i>Indicador sintético</i>)	100%
	% de mejora de la información escrita dirigida a los pacientes (<i>Indicador sintético</i>)	100%
% mejora del acceso a la gestión y a la información al ciudadano de sus citas sanitarias(<i>Indicador sintético</i>)	100%	
IMPULSAR SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Seguridad de los Sistemas y los datos	100%
	Actualización y cumplimiento del Plan de Actuaciones TIC 2016	100%
	Formación e Innovación	100%
	Control y administración de la actividad TIC, del acceso y uso de los sistemas y de la calidad de la información	100%

3.- PERSPECTIVA PROCESOS

PERSPECTIVA PROCESOS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
IMPULSAR LA ORGANIZACIÓN Y GESTION CLINICA		
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLINICA	Índice estancia media ajustada (IEMA) sobre si mismo año anterior	≤0,99
	Estancia prequirúrgica programados	≤2 días
	% Suspensión quirúrgica	<4%
	Índice ambulatorización global procesos quirúrgicos ambulatorizables	≥65%
	Índice sucesivas/primeras por especialidad	<2,35
	% Urgencias no ingresadas (excluido los partos)	≥90,2%
	Porcentaje ocupación quirófano, anestesia, cirugía	>80,70,60%
IMPULSAR PROCESOS DE CARTERA DE SERVICIOS		
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PROCESOS	Porcentaje de informes clínicos de alta de hospitalización disponibles en HORUS	>80%
	Porcentaje de informes clínicos de alta de urgencias disponibles en HORUS	>80%
	Porcentaje de informes de cuidados enfermeros al alta de hospitalización de pacientes con Nivel de Intervención Alto (NIA) disponibles en HORUS	90%
	Porcentaje de derivaciones con SM valoradas en menos de 10 días	100%
	Porcentaje de derivaciones con SM citadas en menos de 15 días	100%
	Porcentaje de derivaciones con VPE valoradas en menos de 10 días	95%
	Porcentaje de pacientes con NIA asignado en At. Primaria y Especialista Hospitalario de Referencia identificado en Atención Hospitalaria	80%
	Nº de CS del Area de influencia del Hospital con Neumólogo de Referencia	90%
OFICINA REGIONAL DE COORDINACION DE TRANSPLANTES	Tasa de donantes válidos por 100.000 habitantes	2
OFICINA REGIONAL DE COORDINACION ONCOLOGICA	Porcentaje de casos nuevos de niños y adolescentes menores de 18 años registrados en RTMAD en 2018	95%
	Porcentaje de registros cumplimentados con la categoría de desconocido en 2018	< 5%
OFICINA DE COORDINACION REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS	Creación de una agenda de Consulta Externa de Cuidados Paliativos con una apertura mínima de 50 días/año	100%
OFICINA REGIONAL DE COORDINACION DE SALUD MENTAL	Porcentaje de pacientes en riesgo suicida citados en <7 días desde la tentativa (citación ARSUIC)	100%
	Porcentaje de derivaciones a Centro de Salud Mental para primera consulta citadas en <45 días	100%
	Porcentaje de pacientes con Trastorno Mental Grave en Programa de Continuidad de Cuidados que han tenido contacto al menos 1 vez al mes con el Centro de Salud Mental	100%
	Porcentaje de pacientes con ansiedad/depresión dados de alta en Centro de Salud Mental a Atención Primaria con un informe clínico disponible en HORUS	100%
MEJORA PRESCRIPCION Y USO RACIONAL MEDICAMENTO		
PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO	Indicador sintético de prescripción de receta	≥ 0,8
	Indicador sintético de eficiencia en farmacia hospitalaria	≥ 0,8

4. PERSPECTIVA INFORMACIÓN

PERSPECTIVA INNOVACION APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
	ORIENTAR LA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS	
INFORMACIÓN ASISTENCIAL	Enviar SIAE en fecha y forma en los diez primeros días hábiles de cada mes	100%
	Enviar CMBD en fecha y forma en los cinco primeros días hábiles de cada mes	100%
	Cerrar RULEQ en fecha y forma en el último día hábil de cada mes	100%
	Cerrar SICyT en fecha y forma en los tres primeros días hábiles de cada mes	100%
	Enviar fichero Quirófano en fecha y forma en los dos primeros días de cada mes	100%
AUDITORIAS CLÍNICAS	Cumplimentación de mínimos establecidos según RD 1093/2010 en los informes de cuidados de Enfermería	>90%
	Cumplimentación Informes de Cuidados de Enfermería que por herramienta informática no lo contempla normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	>81,41

Reunidos D. César Pascual Fernández Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de y D. Ignacio Martínez Jover Director Gerente del Hospital Universitario de Torrejón, revisado el presente Contrato Programa con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad para el año 2018, y de acuerdo con las especificaciones contenidas en el mismo, acuerdan suscribirlo.

Madrid, a 3 de Mayo de 2018

Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Director Gerente del Hospital Universitario de Torrejón

Fdo.: Cesar Pascual Fernández

Fdo.: Ignacio Martínez Jover

ANEXO I.- SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD

1. INCIDENCIA DE CAIDAS

Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1.000 días de estancia	
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de Caídas en pacientes hospitalizados} \times 1000 \text{ días de estancia} / \text{N}^\circ \text{ de estancias}$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente (este objetivo se inició en CP 2016)
Tendencia/estándar	Descendente hasta 0%
Fuente	Sistemas de información disponibles

2. PORCENTAJE DE PACIENTES CON HERIDAS CRONICAS DURANTE EL INGRESO CON ESTANCIAS > DE 2 DIAS

% de pacientes que han desarrollado heridas crónicas durante el ingreso con estancia >2 días	
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de Pacientes con heridas crónicas durante el ingreso con estancias} > 2 \text{ días} / \text{n}^\circ \text{ de pacientes ingresados con estancias de más de 2 días} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente (este objetivo se inició en CP 2016)
Tendencia/estándar	Descendente hasta 0,0%
Fuente	Sistemas de información disponibles

3. PORCENTAJE DE PACIENTES CON VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

% de pacientes con Valoración de Enfermería al ingreso	
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con Valoración de Enfermería al ingreso} / \text{n}^\circ \text{ de pacientes ingresados} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente (este objetivo se inició en CP 2016)
Tendencia/estándar	Ascendente 100% pacientes ingresados
Fuente	Sistemas de información disponibles

4. CONSULTA DE OSTOMIAS

Registro de pacientes citados en Consulta de Ostomias	
Fórmula	Nº de pacientes citados en Consulta de Ostomias/ Nº total de ostomias programadas x 100
Aclaraciones	El indicador se evaluará trimestralmente (este objetivo se inicia en CP 2018)
Tendencia/estándar	Ascendente en función del número de pacientes ostomizados
Fuente	Sistemas de información disponibles
Meta	50%
Valor	5

ANEXO II.- CALIDAD, HUMANIZACIÓN E INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

1. % de despliegue de la seguridad del paciente (<i>Indicador sintético</i>)
2. % de desarrollo de prácticas seguras (<i>Indicador sintético</i>)
3. % de revisión y mejora del Observatorio de Resultados (<i>Indicador sintético</i>)
4. % de cumplimiento y mejora de la calidad percibida (<i>Indicador sintético</i>)
5. % de desarrollo de actuaciones de gestión de calidad (<i>Indicador sintético</i>)
6. % de desarrollo de actuaciones para mejorar la atención al dolor (<i>Indicador sintético</i>)

(*ver indicadores sintéticos en fichas descriptivas Anexo 1)

ÁREA DE HUMANIZACIÓN

1. Indicador sintético del compromiso del equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable
2. Indicador sintético de la mejora de la información y el acompañamiento
3. Indicador sintético de la implantación de otras actividades de humanización de la asistencia sanitaria

(*ver indicadores sintéticos en fichas descriptivas Anexo 2)

ÁREA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

1. % de mejora de la atención al paciente a través de las reclamaciones (<i>Indicador sintético</i>)
2. % de mejora de la información escrita dirigida a los pacientes (<i>Indicador sintético</i>)
3. % mejora del acceso a la gestión y la información al ciudadano de sus citas sanitarias (<i>Indicador sintético</i>)

(*ver indicadores sintéticos en fichas descriptivas Anexo 3)

ANEXO III: FICHAS DESCRIPTIVAS DE INDICADORES SINTÉTICOS ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO 1.- DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN	
INDICADOR	Porcentaje de despliegue de la seguridad del paciente en la organización
FÓRMULA:	(% cumplimiento objetivos de seguridad del centro+ % cumplimiento objetivos por servicios+% cumplimiento rondas de seguridad+ %cumplimiento CISEMadrid)/4
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye los siguientes apartados:</p> <p>1.1. IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO: N° de objetivos establecidos. <i>Meta:</i> Al menos 5, incluyendo entre ellos los prioritarios. <i>Información adicional:</i> Objetivos diferentes a los establecidos a nivel institucional, siendo prioritarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias(línea estratégica 8 de la ESP 2015-2020) • .- Desarrollar actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes (línea estratégica 7.8. de la ESP 2015-2020) <p>1.2. DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS O UNIDADES: N° de servicios o unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente/ N° total de servicios o unidades. <i>Meta:</i> 95%. <i>Información adicional:</i> Al menos 2 objetivos, siendo uno de ellos desarrollar una sesión cuatrimestral de análisis de incidentes / sesiones de revisión de casos o diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras. De acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente, cada servicio o unidad tiene que tener un responsable nombrado.</p> <p>1.3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD" (N° de rondas de seguridad). <i>Meta:</i> En hospitales: Grupo 3: 7 rondas y grupos 1,2: 6 rondas. Rondas documentadas y evaluadas; siendo obligatorias 1/semestre en UCI (Proyectos Zero) y bloque quirúrgico) y el resto a elección del centro entre otras áreas de interés (por ejemplo urgencias, radiología, etc.). 4 rondas en hospitales de apoyo*, ME y Psq (*2 en bloque Qx)</p> <p><i>Información adicional:</i> Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, 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.</p> <p>1.4.-IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID (sistema común de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación). Implantación de CISEMadrid. <i>Meta:</i> Sí (incidentes identificados en nº especificado según grupo y con informe validado). <i>Información adicional:</i> El centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización para la identificación y emisión de informes validados de incidentes de seguridad y errores de medicación tras su análisis</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>1.1. IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO: Alcanzado 100% si 5 objetivos y prioritarios. 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si >=5 objetivos y entre ellos se encuentran actuaciones para reducir prácticas innecesarias (20%), y radiaciones ionizantes (20%). Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p> <p>1.2. DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS O UNIDADES: Alcanzado al 100% si >95% de servicios al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo uno de ellos sesión cuatrimestral de análisis de incidentes / sesiones de revisión de casos o diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras); 80% si entre 75-94% servicios; 50% si entre 50-74% servicios; 0% si menor 50% servicios. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p> <p>1.3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD ": Alcanzado 100% si rondas documentadas en actas o similar y evaluadas, con la siguiente escala de puntuación: 17% de cumplimiento por cada ronda en áreas priorizadas en hospitales grupos 1,2; 15% de cumplimiento por</p>

cada ronda en grupo 3; 25% de cumplimiento por cada ronda en resto de hospitales. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

1.4. IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID (sistema común de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación):

- Alcanzado 100% si: Al menos identificados ≥ 60 incidentes de seguridad y errores de medicación (IS y EM) en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 150 en Grupo 1; ≥ 200 en Grupo 2 y ≥ 250 en Grupo 3 y con informe validado en el 60% de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

- Alcanzado 80% si: Identificados al menos: ≥ 40 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 100 en Grupo 1; ≥ 150 en Grupo 2 y ≥ 200 en Grupo 3 y con informe validado el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

- Alcanzado 60% si: Identificados al menos: ≥ 30 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 75 en Grupo 1; ≥ 100 en Grupo 2 y ≥ 150 en Grupo 3 y con informe validado el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

- Alcanzado 30% si: Identificados al menos: ≥ 25 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 50 en Grupo 1; ≥ 75 en Grupo 2 y ≥ 100 en Grupo 3 y con informe validado el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

*Se valorarán otros cumplimientos parciales si % con informe validado $<60\%$

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

OBJETIVO 2.- IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

INDICADOR Porcentaje de desarrollo de prácticas seguras (Proyectos "Zero", higiene de manos, seguridad paciente quirúrgico, Atención al paciente con sepsis)

FÓRMULA: $(\% \text{ cumplimiento de proyectos "zero"} + \% \text{ cumplimiento higiene de manos} + \% \text{ cumplimiento seguridad paciente QX} + \% \text{ cumplimiento Atención al paciente con SEPSIS})/4$

META: 100%

ACLARACIONES: Este indicador incluye los siguientes apartados:

2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI)

- Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). *Meta:* ≤ 7 NAV. *Información adicional:* De aplicación en las UCI de adultos. En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)
- Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC). *Meta:* < 3 bacteriemias (BACV). *Información adicional:* De aplicación en las UCI de adultos. En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)
- Tasa media de pacientes que adquieren una BMR. *Meta:* $< 5\%$. *Información adicional:* De aplicación en las UCI incluidas en Resistencia Zero (adultos). En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)
- Participación en el proyecto ITU Zero. Sí. Adherencia a las medidas incluidas en el proyecto ITU Zero. De aplicación en las UCI de adultos.

2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS (Nº de actuaciones): Autoevaluación a través de la herramienta de la OMS en Excel y al menos 2 planes de acción siendo uno de ellos la evaluación del cumplimiento de higiene de manos a través de la observación en unidades/servicios. Fuente: Autoevaluación xls e Informe del centro"

2.3. DESARROLLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO (cirugía segura LVQ e IQZ):

- Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ). *Meta:* $>95\%$. *Información adicional:* A través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas en intervenciones quirúrgicas programadas. El listado incluirá un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica de acuerdo con el programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud (<http://www.cirugiasegura.es/>)

- Adherencia a la Resolución 609/2016 en el ámbito de cirugía. *Meta:* Adherencia a las recomendaciones. *Información adicional:* Cumplimiento en quirófano de las recomendaciones de la Resolución 609/2016 sobre Sistemas de identificación que mejoren la seguridad en la administración de medicamentos.
- Grado de Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ). *Meta:* Al menos las 3 medidas obligatorias en >80% de unidades/servicios quirúrgicos. *Información adicional:* Implantación de las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) por servicios/unidades. Al menos las 3 medidas obligatorias: Medidas obligatorias: 1.- Adecuación de la profilaxis antibiótica; 2.- Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%; 3.- Eliminación correcta del vello. (<http://infeccionquirurgicazero.es>)"

2.4. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS (Nº de actuaciones). *Meta:* Al menos 2 actuaciones: Constitución de un grupo de trabajo/Comité/ equipo multidisciplinar y Revisión/ Aplicación de las recomendaciones institucionales de atención al paciente con sepsis. *Información adicional:* El grupo /comité/ equipo multidisciplinar será el encargado de evaluar, promover e impulsar la aplicación de las actuaciones en el hospital y deberá contar, al menos, con un representante del equipo directivo. La Consejería de Sanidad /Servicio Madrileño de Salud, elaborarán el documento de recomendaciones para ser aplicados por el hospital, de acuerdo con sus características y posibilidades de actuación.

CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN

2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI): Alcanzado 100% Si: 1) ≤ 7 NAV/ 1000 días; 2) < 3 bacteriemias CVC/1000días; 3) $< 5\%$ de pacientes que adquieren una BM; 4) Participación ITU Zero. Cumplimientos parciales por cada uno de ellos (25%) Si no cumplimentación adecuada de ENVIN (registro completo de abril a junio) se considerará como no evaluado o alcanzado el objetivo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS: Alcanzado 100% Si autoevaluación y ≥ 2 planes de acción, uno de ellos sobre evaluación HM; Cumplimientos parciales: Autoevaluación (30%); Plan de evaluación/observación cumplimiento (40%); Otro plan de acción (30%). Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

2.3. DESARROLLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO (cirugía segura LVQ e IQZ):

- Alcanzado 100% Si: 1) Implantación LVQ $> 95\%$; 2) Adherencia a las recomendaciones R 609/2016; 3) Adherencia a las 3 medidas obligatorias de IQZ en $> 80\%$;
- 80% Si se cumple con dos de los tres requisitos

- 60% Si se cumple con más del 80 % de implantación del LVQ y más del 70% de las 3 medidas obligatorias

- 40% Si se cumple con más del 75 % de implantación del LVQ y más del 60% de las 3 medidas obligatorias de IQZ

- 30% Si se cumple solo las recomendaciones de la Resolución 609/2016 o con más del 50% de las 3 medidas obligatorias de IQZ

2.4. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS: Alcanzado 100% Si: 1) creación grupo/comité/equipo ; 2) Desarrollo actuaciones para implantar actuaciones en el hospital de acuerdo con las recomendaciones (*en caso de no adoptarlas hacer informe explicando las razones y las posibles propuestas alternativas*)

- 50% Si se cumple con reacción grupo/comité/equipo

- 50% Si se cumple con el Desarrollo actuaciones para implantar actuaciones en el hospital de acuerdo con las recomendaciones (*en caso de no adoptarlas hacer informe explicando las razones y las posibles propuestas alternativas*)

OBJETIVO 3.- REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

INDICADOR	Porcentaje de revisión y mejora del Observatorio de Resultados
FÓRMULA:	Responsable nombrado+ Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la SG. Calidad Asistencial+ Buena práctica
META:	100%

ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye los siguientes apartados:</p> <p>3.1. REVISIÓN OBSERVATORIO DE RESULTADOS: Responsable nombrado + Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido+ Identificación y propuesta de buena práctica. <i>Meta: 100%. Información adicional:</i></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 2017 del Observatorio. 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, revisión indicadores de infección con la participación de M. Preventiva* (<i>en indicadores no ajustados se valorará de acuerdo a percentil 65</i>) 3. Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados (de acuerdo a formato ficha de SGCalidad)
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>Alcanzado 100% Si responsable e informe de revisión de acuerdo con el formato establecido (<i>En este formato se incluyen los posibles incumplimientos y, en este caso a cumplimentar las correspondientes acciones de mejora</i>) e identificación y propuesta de una buena práctica</p> <p>Cumplimientos parciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10% Responsable observatorio - 70% Informe de revisión con acciones de mejora - 20% Buena práctica <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>

OBJETIVO 4.-MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	
INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento y mejora de la calidad percibida (Índice de satisfacción global, Acciones de mejora encuesta y Líneas de Comité de Calidad Percibida)
FÓRMULA:	$(\% \text{ cumplimiento de ISG} \times 0,6) + (\% \text{ cumplimiento acciones de mejora} \times 0,2) + (\% \text{ cumplimiento líneas CCP} \times 0,2)$
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye los siguientes apartados:</p> <p>4.1. GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA: % de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en los segmentos estudiados. \geqMedia grupo o $\geq 90\%$. Segmentos: Hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias. Fuente: Encuesta de satisfacción 2018</p> <p>4.2. IMPLANTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2017 (Nº de acciones implantadas). Hospitales Grupos 1,2 y 3: 5 (al menos 1 en cada segmento*); Apoyo y ME: 3; Psq: 2* salvo que se justifique su no realización en algunos de ellos en caso de satisfacción global $>95\%$, en cuyo caso se hará en otro de los segmento de estudio" "Establecer áreas de mejora de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, con la participación del Comité de Calidad Percibida. Fuente: ficha de acciones de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores.</p> <p>4.3. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA (CCP) (Nº de líneas de actuación puestas en marcha). Hospitales Grupos 1,2 y 3: 4 líneas; Apoyo, ME y Psq: 3; siendo al menos 1 sobre técnicas cualitativas y en hospitales grupo 3 siendo 2 sobre técnicas cualitativas. Una/dos de estas líneas estará dedicada a conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo en el área de urgencias o en su defecto en aquel segmento con menor valoración en la encuesta de satisfacción. Fuente: Ficha del CCP del centro.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>4.1. GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si $>90\%$ o media grupo; 80% Si $>85\%$; 60% Si $> 80\%$; 40% Si $> 75\%$; 20% Si $> 70\%$. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p>

4.2. IMPLANTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2017. Grupos 1,2, y 3: 20% cada acción de mejora, siendo necesario para alcanzar 100% al menos una por segmento. Apoyo y media estancia: 33,3% cada acción de mejora, siendo necesario para alcanzar 100% al menos una en los segmentos que le son de aplicación. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

4.3. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA (CCP): En grupo 3: 20% cada línea, siendo necesario para llegar al 100% al menos 2 técnicas de tipo cualitativo, siendo una en el área de urgencias (o segmento con menor valoración). Grupos 1 y 2: 25 % cada línea, siendo necesario para llegar al 100% al menos 1 técnica de tipo cualitativo en el área de urgencias (o segmento con menor valoración). Apoyo, ME y Psq: 33,3% cada línea, siendo necesario para llegar al 100% al menos 1 técnica de tipo cualitativo en el segmento con menor valoración. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 5.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE CALIDAD

INDICADOR **Porcentaje de desarrollo de actuaciones de gestión de calidad (Modelo EFQM, Gestión ambiental y RSS)**

FÓRMULA: $(\% \text{ cumplimiento de consolidación Modelo EFQM}) + (\% \text{ cumplimiento actuaciones gestión ambiental}) + (\% \text{ cumplimiento actuaciones RSS}) / 3$

META: 100%

ACLARACIONES: Este indicador incluye los siguientes apartados:

5.1. CONSOLIDACIÓN DE LA CULTURA DE EXCELENCIA Y LA APLICACIÓN DEL MODELO EFQM: Informe del proceso de autoevaluación con el Modelo EFQM siguiendo las pautas de la SG. De Calidad Asistencial. *Meta:* Realización de la autoevaluación con el Modelo EFQM según las pautas de la SG de Calidad Asistencial. *Información adicional:* Mantener el proceso periódico de autoevaluación con el modelo EFQM, desplegando las diferentes fases del proceso evaluador de forma consecutiva (planificación, ejecución de la evaluación, implantación de planes de acción).
Fuente: Ficha de seguimiento.

5.2 DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS GESTIÓN AMBIENTAL (SGA):

- Implantación/ Actualización del SGA:
Para hospitales no certificados en la versión 2015 de ISO 14001: *Meta:* Implantación del sistema de gestión ambiental de acuerdo a los requisitos de ISO 14001:2015. *Información adicional:* Actuaciones desarrolladas para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental en ISO 14001:2015. Fuente: tabla de seguimiento.
Para hospitales certificados: *Meta:* Desarrollar al menos 2 acciones de mejora del sistema de gestión ambiental. *Información adicional:* Describir las acciones de mejora asociadas al control operacional del sistema de gestión ambiental. Fuente ficha de información.
- Desarrollo de buenas prácticas ambientales sostenibles. *Meta:* Al menos 3 en las áreas propuestas en hospitales grupos 2 y 3; y en hospitales grupo 1, apoyo, ME y PSQ serán 2. *Información adicional:* Describir buenas prácticas ambientales orientadas a: 1) la optimización de la gestión de residuos (reducción, reutilización y reciclado), 2) eficiencia energética, 3) consumo sostenible y responsable de recursos.

5.3. PROMOCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA (RSS): Realización de un ciclo de autoevaluación con el Marco de Reconocimiento de la RSS en organizaciones sanitarias. *Meta:* Despliegue de 2 actuaciones: 1. La realización de la autoevaluación con el Marco de Reconocimiento de la RSS 2. La realización de un plan de acción para el año 2017. *Información adicional:* Iniciar un proceso de autoevaluación con el Marco de Reconocimiento de la RSS en organizaciones sanitarias, incorporando un plan de acción específico determinado por la propia organización a partir de alguna de las áreas/cuestiones identificadas como susceptibles de mejora continua. Todo ello con independencia de aquellas otras acciones en RSS que el centro hubiese adicionalmente priorizado para dicho ejercicio.

CÁLCULO CUMPLIMIENTO / 5.1. CONSOLIDACIÓN DE LA CULTURA DE EXCELENCIA Y LA APLICACIÓN DEL MODELO EFQM: Alcanzado (100%) si se documenta la autoevaluación EFQM en el

PONDERACIÓN	<p>formato preestablecido desde la SG de Calidad Asistencial, con independencia del modelo utilizado por el centro para su propio uso.</p> <p>Fuente: Informe en Archivo Excel para la cumplimentación de la autoevaluación.</p> <p>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p> <p>5.2 DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS GESTIÓN AMBIENTAL (SGA): • Alcanzado 100% Si: 1) Implantación/ actualización del sistema y 2) Desarrollo de buenas prácticas • Cumplimientos parciales: 65% implantación/actualización SGA; 35% buenas prácticas.</p> <p>5.3. PROMOCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA (RSSS): • Alcanzado 100%, si cumple las dos acciones. • Alcanzado 70 %, si cumple al menos la acción número 1</p> <p>Fuente: Cuestionario del Marco de Reconocimiento de la RSS en organizaciones sanitarias y Ficha de planes de acción en formato preestablecido por la SG de Calidad Asistencial</p> <p>Para su cumplimiento el centro deberá contar con un Responsable de RSS</p> <p>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p>
--------------------	--

OBJETIVO 6.-OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	
INDICADOR	Porcentaje de desarrollo de actuaciones para mejorar la atención al dolor (Medición del dolor en servicios y líneas de actuación Comité de Atención al dolor)
FÓRMULA:	(% cumplimiento medición del dolor en servicios específicos)+ (% cumplimiento desarrollo líneas actuación Comités Atención al Dolor)/2
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye los siguientes apartados:</p> <p>6.1. MEDICIÓN DEL DOLOR EN SERVICIOS ESPECÍFICOS. Nº de pacientes de los servicios de UCI, pediatría, Cirugía General y Traumatología que tienen recogida en la HC la medición con una escala de valoración del dolor/Nº de pacientes de estos servicios clínicos. <i>Meta:</i> 80%. <i>Información adicional:</i> A través de un "estudio transversal o de corte" específico con una muestra representativa de historias clínicas en los pacientes ingresados en estos servicios. El resultado incluirá el dato global de los cuatro servicios y el individual de cada uno de ellos (o de los que sean de aplicación en el centro).En el supuesto de no tener estos servicios se presentará el dato global del hospital. El "estudio transversal o de corte" se efectuará en el último trimestre del año</p> <p>6.2. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR: Nº de líneas de actuación puestas en marcha . <i>Meta:</i> 5 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3): 3 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq). <i>Información adicional:</i> Entre las líneas de actuación al menos deben desarrollarse las tres siguientes líneas prioritarias: 1.- Atención al dolor en población vulnerable, 2.- Incorporar al responsable de Centros y/o al referente clínico de la D. A. de Primaria al Comité desarrollando al menos acciones conjuntas semestrales (Por ejemplo participar en el comité, hacer visitas a la unidad del dolor, definir criterios conjuntos, etc.) 3.- Desarrollar actuaciones, con los representantes de Primaria, para promover y coordinar la derivación adecuada de pacientes y la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos.</p> <p>Fuente: ficha comité.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO/ PONDERACIÓN	<p>6.1MEDICIÓN DEL DOLOR EN SERVICIOS ESPECÍFICOS: 100% Si alcanzado en el 80% del global de los servicios. 80% Si alcanzado en el 70% del global de los servicios. 60% Si alcanzado en el 60% del global de los servicios. 50% Si alcanzado en el 50% del global de los servicios o si de forma individual alguno de los servicios ha superado el 80%.</p> <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora.</p> <p>6.2. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR: En grupos 1, 2 y 3: 20% cada línea, siendo necesario para llegar al 100% las prioritarias. Apoyo, ME y Psq: 33,3% cada línea, siendo necesario para llegar al 100% las prioritarias</p> <p>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>

ANEXO IV: FICHAS DESCRIPTIVAS DE INDICADORES SINTÉTICOS ÁREA DE HUMANIZACIÓN

OBJETIVO 1.- COMPROMETER AL EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO EN EL IMPULSO DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA FOMENTANDO UNA ORGANIZACIÓN SALUDABLE

INDICADOR	Indicador sintético del compromiso del equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable
FÓRMULA:	(% cumplimiento de actividad 1 + % cumplimiento de actividad 2 + % cumplimiento de actividad 3 + % cumplimiento de actividad 4)
META:	>95%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actuaciones que reflejan el compromiso del equipo directivo en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria y fomento de una organización saludable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Establecimiento de mecanismos para escuchar la voz de los ciudadanos y de los profesionales y elaboración de informe anual de resultados del análisis sobre las expectativas y necesidades de ciudadanos y profesionales recabadas, en relación a la humanización de la asistencia sanitaria. 2) Elaboración de informe de resultados de la Autoevaluación de Criterios de Excelencia en Humanización, establecido por la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, que incluya la planificación de acciones de mejora. 3) Desarrollo de actividades de sensibilización y formación en competencias humanísticas de los profesionales: prevención del desgaste profesional y manejo del estrés, habilidades de comunicación y gestión del conflicto, habilidades para el autocuidado y habilidades de apoyo entre iguales (Peer Support). 4) Puesta en marcha del plan de acción elaborado por el centro en 2017, para fomentar un centro saludable para los profesionales. <p>Fuentes: Informes específicos y memoria de actividades de formación del centro.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>Alcanzado el 100% si se han realizado las cuatro actividades propuestas, siendo la ponderación de cada una de ellas la siguiente:</p> <p>Actividad 1): 20%. Se considerará cumplida si se acredita la puesta en marcha de mecanismos para escuchar la voz de ciudadanos y de profesionales y se acredita la realización del informe de resultados.</p> <p>Actividad 2): 20%. Se considerará cumplida si el centro dispone del informe de resultados que incluya la planificación de acciones de mejora.</p> <p>Actividad 3): 40%. Se considerará cumplida si el centro realiza al menos 1 curso/año de cada uno de los ámbitos citados en los hospitales de baja complejidad, monográficos y de larga y media estancia; al menos 2 cursos/año en hospitales de media complejidad y al menos 3 cursos/año en hospitales de alta complejidad.</p> <p>Actividad 4): 20%. Se considerará cumplida si el centro realiza al menos 1 acción/año identificada en su Plan de Acción elaborado en 2017 en los hospitales de baja complejidad, monográficos y de larga y media estancia y al menos 2 acciones/año en hospitales de media y alta complejidad.</p> <p><i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i></p>

OBJETIVO 2.- MEJORAR LA INFORMACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO

INDICADOR	Indicador sintético de la mejora de la información y del acompañamiento
FÓRMULA:	(% cumplimiento de actividad 1 + % cumplimiento de actividad 2 + % cumplimiento de actividad 3)
META:	>95%
ACLARACIONES:	Este indicador incluye 3 actuaciones que inciden en la mejora de la información clínica proporcionada y en el acompañamiento de los pacientes:

- 1) Elaboración de un protocolo de información clínica a pacientes hospitalizados y acompañantes, estableciendo horarios adaptados a la actividad clínica y a las necesidades de pacientes y familiares, así como adecuación de espacios para proporcionar la información (privacidad y confort).
- 2) Elaboración de procedimientos para facilitar el acompañamiento de los pacientes por parte de sus allegados en las siguientes áreas asistenciales:
 - a. Hospitalización
 - b. Urgencias
 - c. Unidad de Cuidados Paliativos
 - d. Unidad de Cuidados Intensivos
 - e. Bloque Quirúrgico (acompañamiento en antequirófono).
- 3) Creación de la figura de “coordinador de información” en casos de atención multidisciplinar en unidades de hospitalización.

Fuentes: Informes específicos y memoria del centro.

CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN

Alcanzado el 100% si se han realizado las dos actividades propuestas, siendo la ponderación de cada una de ellas la siguiente:

Actividad 1): 40%. Se considerará cumplida si se ha elaborado el protocolo y se dispone de espacios adecuados en > 60% de las unidades descritas.

Actividad 2): 50%. Cada área asistencial contabilizará un 10%. Se considerará cumplida en el caso de hospitalización si existe este procedimiento en > 80% de las unidades. De igual manera, en caso de existir más de una unidad de bloque quirúrgico, urgencias, cuidados paliativos, o cuidados intensivos, se considerará cumplida si el procedimiento está establecido en > 50% de las unidades existentes.

Actividad 3): 10%. Se considerará cumplida si se ha creado la figura de “coordinador de información” en > 60% de las unidades de hospitalización.

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 3.- IMPLANTAR OTRAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

INDICADOR	Indicador sintético de implantación de otras actividades de humanización de la asistencia sanitaria
FÓRMULA:	(% cumplimiento de actividad 1 + % cumplimiento de actividad 2 + % cumplimiento de actividad 3+ % cumplimiento de actividad 4)
META:	>95%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actividades comprendidas en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboración de protocolos para detección y atención de casos de agresión sexual y sumisión química. 2) Elaboración de protocolo para facilitar la implicación de los familiares en el proceso de atención de salud mental de sus allegados afectados con trastornos mentales graves, ofreciéndoles información, asesoramiento y apoyo necesarios, teniendo en cuenta la necesidad de las familias, y al objeto de prevenir y aliviar situaciones de sobrecarga. 3) Implementación de iniciativas que minimicen los desplazamientos del paciente oncológico para gestionar las diferentes citas sanitarias. 4) Realización de sesiones formativas/informativas sobre indicaciones y normativa relacionadas con el uso de sujeciones, según el procedimiento establecido por la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria. <p>Fuentes: Informes específicos y memoria del centro.</p>

**CÁLCULO
CUMPLIMIENTO /
PONDERACIÓN**

Alcanzado el 100% si se han realizado las cuatro actividades propuestas, siendo la ponderación de cada una de ellas la siguiente:

Actividad 1): 25%. Se considerará cumplida si se ha elaborado el protocolo descrito.

Actividad 2): 25%. Se considerará cumplida si se ha elaborado el protocolo descrito.

Actividad 3): 25%. Se considerará cumplida si se ha implantado al menos 1 iniciativa nueva en relación con el ejercicio 2017, en hospitales de baja complejidad, monográficos y de larga y media estancia y 2 en hospitales de media y alta complejidad. Algunos ejemplos de iniciativas pueden ser: establecimiento de agendas propias para la realización de pruebas del hospital de día, citaciones no presenciales, citaciones centralizadas, figura del gestor de casos, etc.

Actividad 4): 25%. Se considerará cumplida si el centro realiza al menos 2 sesiones/año en hospitales de baja complejidad, monográficos y de larga y media estancia y al menos 3 sesiones/año en hospitales de media y alta complejidad.

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

ANEXO V: FICHAS DESCRIPTIVAS DE INDICADORES SINTÉTICOS ÁREA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

OBJETIVO 1.- MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS RECLAMACIONES

INDICADOR	<p>Porcentaje de actuaciones para mejorar la atención al paciente a través de las reclamaciones</p> <p>(Objetivos de tiempo de respuesta, acciones de mejora e información a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos- UFGR)</p>
FÓRMULA:	(% cumplimiento de contestación en plazo a las reclamaciones + % cumplimiento de acciones de mejora derivadas de las reclamaciones + % cumplimiento de traslado de información sobre reclamaciones a la UFGR)/3
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 3 actuaciones para facilitar la mejora de la organización a través de las reclamaciones de los pacientes:</p> <p>1) Contestación de las reclamaciones recibidas en menos de 20 días, considerando el tiempo de contestación el comprendido entre la fecha de entrada en SIAP y la fecha de cierre. Se considera fecha de cierre la del registro de salida de notificación al ciudadano. El denominador son las reclamaciones recibidas.</p> <p>2) Desarrollo de al menos 4 acciones de mejora derivadas de las reclamaciones, siendo criterios de priorización para la selección de las mismas: la magnitud del problema, la severidad del problema, su relación con la seguridad de los pacientes, la eficacia de la solución y la factibilidad de la solución.</p> <p>3) Remisión de información sobre reclamaciones a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos con el fin de mejorar la identificación de áreas de mejora de la seguridad de los pacientes. Se enviará la información que se extrae de manera automática en Cestrack cuando se solicita: 1. la cuantificación de reclamaciones por motivo en ese periodo de tiempo, y 2. la relación de reclamaciones por motivo y submotivo en ese periodo de tiempo. El primer envío incluirá los informes del periodo de Diciembre de 2017 a Mayo de 2018 (Informe 1) y el segundo envío, los informes de Junio a Noviembre de 2018 (Informe 2). Así mismo, se facilitará a la UFGR la información que precisen sobre las reclamaciones seleccionadas para el análisis de la gestión de riesgos.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>1.1 Contestación en plazo a las reclamaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, si alcanzado en, al menos, el 75% de las reclamaciones recibidas • 70% si alcanzado entre el 75% y 70% de las reclamaciones recibidas • 30% si alcanzado entre el 70% y 65% de las reclamaciones recibidas <p>1.2 Acciones de mejora derivadas de las reclamaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, si al menos 4 acciones de mejora. • 70% si 3 acciones de mejora • 30% si dos acciones de mejora <p>1.3 Remisión de información sobre reclamaciones a la UFGR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, si remisión dos informes semestrales al año • 40% si remisión de 1 informe al año <p>La distribución de la ponderación del objetivo 1 de mejora de la atención al paciente a través de las reclamaciones será del 25% para el objetivo de plazo de contestación, 50% para las acciones de mejora y del 25% para la remisión de información a la UFGR. <i>Si objetivos no cumplidos: elaborar propuesta de mejora.</i></p>

OBJETIVO 2.- MEJORAR LA INFORMACIÓN ESCRITA DIRIGIDA A LOS PACIENTES

INDICADOR	Porcentaje de actuaciones para mejorar la información escrita dirigida a pacientes.
FÓRMULA:	(%valoración de documentos informativos dirigidos a pacientes+ % actividad de la comisión técnica de coordinación de la información (CTCI)+% identificación de documentos informativos valorados por la CTCI+% de entrega de guías de información al alta/4)
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actuaciones para facilitar la mejora de la información escrita dirigida a los pacientes.</p> <p>1) Remisión de la relación de documentos dirigidos a los pacientes que han sido valorados y aprobados por la CTCI local. Cada documento valorado incluirá la siguiente información: 1. Nombre, 2. Objetivos (ejemplo: mejorar el conocimiento de recursos...) 3. Formato (póster, díptico...) 4. Fecha de visto bueno de la CTCI</p> <p>2) Formulario con la información sobre los profesionales que forman parte de la CTCI local y del número de reuniones desarrolladas durante el año, conforme a formato preestablecido por la SG de información y atención al paciente</p> <p>3) Identificación de los documentos aprobados por la CTCI dirigidos a pacientes a través de la inclusión en los mismos del epígrafe "<i>Documento aprobado por la comisión técnica de coordinación de la información del Hospital _con fecha_.</i>" De esta manera se pretende mejorar la fiabilidad percibida por pacientes y profesionales del material informativo, y contribuir al proceso de normalización documental del centro. .</p> <p>4) Entrega guías de guías de información al alta a los pacientes hospitalizados. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización y se registrará si se incluyen en la carpeta, al menos, los siguientes documentos: Informe de Alta Médica, Informe de Enfermería (cuando la situación lo requiera), Informe de Trabajo Social (cuando la situación lo requiera), Recetas de medicación de nueva prescripción, Hoja de medicación y Citas para consultas o revisión indicadas. La Gerencia del hospital tendrá un Registro Específico de la entrega de la Guía de Información al Alta.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>2.1. Relación de documentos aprobados con nombre, objetivos, formato y fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, relación de documentos aprobados con información completa. • 70% si relación de documentos aprobados con información parcial • 30% si relación de documentos aprobados sin información complementaria. <p>2.2. Información sobre miembros y actividad de la CTCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, si formulario cumplimentado • 40% si formulario parcialmente cumplimentado. <p>2.3. Porcentaje de documentos que pueden ser identificados como aprobados por la CTCI a través de la incorporación al final del documento de un epígrafe en el que se indique "<i>Documento aprobado por la comisión técnica de coordinación de la información del Hospital... con fecha ...</i>". . Con este objetivo se pretende mejorar la fiabilidad percibida por pacientes y profesionales del material informativo, y contribuir al proceso de normalización documental del centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, si al menos el 50% de los documentos aprobados se identifican como aprobados por la comisión del hospital con fecha de aprobación • 40% si entre el 30% y 50% de los documentos aprobados se identifican como aprobados por la comisión del hospital con fecha de aprobación. <p>2.4 Entrega guías de guías de información al alta a los pacientes hospitalizados. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización y se registrará si se incluyen en la carpeta, al menos, los siguientes documentos: Informe de Alta Médica, Informe de Enfermería (cuando la situación lo requiera), Informe de Trabajo Social (cuando la situación lo requiera), Recetas de medicación de nueva prescripción,</p>

Hoja de medicación y Citas para consultas o revisión indicadas. La Gerencia del hospital tendrá un Registro Específico de la entrega de la Guía de Información al Alta.

- 100% si se entrega la información completa al alta al menos al 85% de los pacientes hospitalizados.
- 40% si se entrega información completa al alta entre el 70% y 85% de los pacientes hospitalizados.

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 3.- MEJORAR EL ACCESO DEL CIUDADANO A LA GESTIÓN Y LA INFORMACIÓN DE SUS CITAS SANITARIAS

INDICADOR	Porcentaje de actuaciones para mejorar el acceso del ciudadano a la gestión y la información de sus citas sanitarias
FÓRMULA:	(Disponer de un canal adicional a través de internet utilizando un formulario electrónico seguro para la solicitud de cambio y/o anulación de las citas o disponer de un teléfono de información y gestión de citas + Habilitar la visibilidad de las citas a través de "Mi Carpeta de Salud")
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 2 actuaciones para mejorar el acceso del ciudadano a la gestión y a la información de sus citas sanitarias.</p> <p><i>Para mejorar el acceso a la gestión de las citas</i></p> <p>3.1. Disponer de un canal adicional a través de internet utilizando un formulario electrónico seguro para la solicitud de cambio y/o anulación de las citas. Dicho canal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deberá ser accesible desde la página web del hospital - el hospital gestionará el cambio y/o anulación de la cita en un plazo no superior a tres días hábiles. <p>o</p> <p>disponer de un teléfono de información y gestión de citas, que pueda iniciar el proceso de información, cambio y anulación de cita. Dicho teléfono</p> <ul style="list-style-type: none"> - deberá informarse en la portada de la página web del hospital - deberá atender, al menos, desde las 8 horas hasta las 22 horas - deberá cumplir unos criterios de calidad: Espera menor de 30 segundos en una de tres llamadas separadas 15 minutos. Será considerada accesibilidad adecuada o inadecuada. Ejemplo: Calidad adecuada: Llamada y transcurren más de 30 segundos sin atender; segunda llamada, a los 15 minutos, y transcurren más de 30 segundos sin atender; tercera llamada y es atendida a los 25 segundos. Calidad inadecuada: Tres llamadas separadas 15 minutos que no son atendidas –ninguna de ellas - en menos de 30 segundos <p>Se evaluará trimestralmente. Se considerará cumplido si es adecuada en tres de los cuatro trimestres, o el 75% de las evaluaciones, en caso de que no se llegara a evaluar todo el año natural.</p> <p><i>Para mejorar la información al ciudadano sobre sus citas sanitarias a través de "Mi Carpeta de Salud"</i></p> <p>3.2. Habilitar la visibilidad de las citas a través de "Mi Carpeta de Salud". Para ello el hospital debe asegurarse de que sus agendas están normalizadas para que sean utilizadas por los Sistemas de Información existentes.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>3.1 Disponer de un canal adicional a través de internet utilizando un formulario electrónico seguro para la solicitud de cambio y/o anulación de las citas o disponer de un teléfono de información y gestión de citas</p> <p>100%, si existe el canal adicional a través de internet o el teléfono de información y gestión</p>

de citas con las características adecuadas

3.2 Habilitar la visibilidad de las citas a través de "Mi Carpeta de Salud"

100%, si son visibles las citas a través de "Mi Carpeta de Salud"

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

INDICADORES DE PROCESOS

5.- Indicadores sistemas de información

INDICADOR	ACLARACIONES	CÁLCULO DE PONDERACIÓN
a) Seguridad de los sistemas y de los datos		
a.1) Planes de Contingencia	Planes de contingencia de los todos los servicios críticos. Deben estar revisados y actualizados. Requisitos del cumplimiento: enviar los planes de contingencia para ser revisados por la OSSI, indicando los tiempos RTO,RPO y MTD.	Alcanzado 100% si se anexan los planes de contingencia de todos los servicios críticos
a.2) Adecuación al Reglamento General de Protección de Datos y última LOPD	1.- Acciones formativas de carácter obligatorio en seguridad y protección de datos. (obligatoriedad del mínimo del 50% de asistencia del personal sanitario). 2.-Cumplimentar todas las plantillas de Registros de tratamientos del centro. 3.- Plan de acción para solventar los incumplimientos de la última auditoría LOPD.	Acciones formativas impartidas - hoja de asistentes a la formación (20%). Plantillas de Registros de tratamiento cumplimentadas (60%). Auditoría LOPD . Plan de acción - Medidas implantadas (20%).
a.3) Seguridad de la Información	1.- Propuesta en CiberSeguridad . Opciones. (Al menos una opción). Se ha de comunicar y planificar la opción elegida con la OSSI en un plazo estipulado de 1 mes. a) Informe de cumplimiento Análisis de Aplicaciones - Realización de recomendaciones. b) Pentesting - Realización de recomendaciones. c) Auditoría Wifi - Realización de recomendaciones. - Realización de la propuesta. 2.- Seguimiento mensual . Respuesta de los centros a las incidencias reportadas. 3.- Recomendaciones del Informe de Diagnóstico de Seguridad 2018 - mínimo dos	Propuesta en CiberSeguridad (40%) - evidencias de las acciones realizadas para mitigar las vulnerabilidades detectadas. Seguimiento mensual (40%) se valorará por parte de la OSSI la situación mensual de las incidencias reportadas. Recomendación del Informe de DSI (20%) - se otorgará la máxima puntuación a los centros lleven a cabo dos recomendaciones del informe de DSI
a.4) Análisis de Riesgos	1.-Cumplimentar Plantilla de activos enviada por la OSSI a los centros. 2.-Actualizar BIA de centro con la relación entre sistemas y servicios, además de los tiempos RPO,RTO,MTD.	Cumplimentar la plantilla excel de activos (75%). Actualizar el BIA (25%)
b) Actualización y cumplimiento del Plan de Actuaciones TIC 2016		
b.1) Plan de actuaciones en materia TIC y plan de necesidades, con estimación económica	De acuerdo al modelo establecido por la DGSIS y validado por el Comité de Dirección del Centro: Contemplando: -Líneas de proyectos -Necesidades de inversión/gasto -Contratos de Mantenimiento vigentes y previstos La entrega en forma deberá hacerse en el plazo de los 2 meses siguientes a la firma de los objetivos. Cada mes de retraso penalizará un 10%.	Desglose de la Ponderación: -Líneas de proyectos: 35 % -Necesidades de inversión/gasto: 35 % -Contratos de Mantenimiento vigentes y previstos: 20 % -Presentación del Plan TIC a la Junta Técnico-Asistencial: 10%
b.2) Implementación de proyectos/lineas estratégicas a nivel corporativo	Desarrollo de proyectos específicos en línea con los objetivos estratégicos corporativos especificados: • Renovación de los Sistemas de Información Hospitalarios evolucionando hacia componentes orientados a una HCE • Incorporación de soluciones de movilidad en el pase de visita de hospitalización • Homogenización de aplicaciones departamentales de forma alineada con los planes de especialidades • Implantación del sistema de triaje en urgencias • Iniciativas derivadas del Plan de Telemedicina • Iniciativas derivadas de proyectos de prevención, Prevención del cáncer colorrectal, Detección Precoz del Cáncer de Mama • Iniciativas derivadas de la implantación de un Sistema de Trazabilidad Oncológica • Iniciativas derivadas de la implantación de la receta electrónica en hospitales e incorporación de los certificados digitales en red • Incorporación al Centro de Imagen Diagnóstica • Colaboración en el proyecto Big Data corporativo	Para Hospitales inmersos en procesos de renovación del sistema de información hospitalario sólo se medirá esa línea de actuación. Para el resto de Hospitales se exigirán al menos 2 proyectos del resto de líneas de actuación: 2 o más: 100% 1: 50% 0: 0%
b.3) Revisión anual del nivel de adopción del EMRAM (HIMSS Analytics Europe)	Historial Clínico Electrónico (EMRAM)	Alcanzado 100% si cumplimentación evaluación
c) Formación e innovación		
c.1) Número de acciones formativas para el buen uso de los sistemas	Mínimo 2 acciones formativas hospitalares pequeños y 3 hospitalares medios y grandes. Garantizar la asistencia a jornadas/cursos promovidos desde la DGSIS. Actuaciones promovidas por el Centro	Alcanzado 100% si ≥ 3 , y se realizara un calculo lineal para valores inferiores
c.2) Número de iniciativas de innovación basadas en la aplicación de las TIC	Mínimo 3 iniciativas de innovación basadas en las TIC	Alcanzado 100% si ≥ 3 , y se realizara un calculo lineal para valores inferiores
c.3) Reingeniería de procesos, basada en el uso de las TIC: Número de procesos analizados y número de acciones de mejora	Actuaciones relativas a la digitalización, estandarización de maestros, estructuración de datos, homogenización de formularios de HCE y homogenización de circuitos orientados a la optimización y eficiencia de los procesos con el apoyo de los sistemas de información.	En función del número de actuaciones: 3 o más: 100 % 2: 75% 1: 25 % 0: 0%
d) Control y administración de la actividad TIC, del acceso y uso de los sistemas y calidad de la información		
d.1) Auditoría de los sistemas.	Respecto a la auditoría de acceso a sistemas críticos: se solicitará la documentación correspondiente para valorar las auditorías de acceso realizadas sobre los sistemas de información críticos. Como mínimo sistema de información principal de Historia Clínica y un sist.departamental.	Auditoría mensual HT (25%). Realizada - Acta conclusiones. Auditoría de acceso a sistemas críticos y departamentales (75%). Realizada - informe mensual/conclusiones. (Al menos HT, un sist.critico y un sist.departamental).
d.2) Informes clínicos emitidos y su conformidad con el CMDIC (Real Decreto 1093/2010)	Auditoría de calidad de la información accesible desde distintos ambitos (HCDSNS, HORUS o Mi Carpeta de Salud), utilizando como herramienta el "Auditor del CMDIC", se evaluará tipo de informe a tipo de informe. Cada tipo de informe requiere la revisión de al menos 10 informes, elegidos aleatoriamente de los producidos en un día aleatorio del año, el 29 de marzo de 2017, de los generados por el centro. La valoración que se pasará a la herramienta será la media de los 10 informes por tipo. Se remitirá el fichero generado en la evaluación junto con los informes que fueron utilizados en dicha evaluación.	La propia herramienta proporciona el % de cumplimentación. Se exige al menos el 80 % de adecuación en las variables «conjunto mínimo» (CM) y al menos un 40% en las variables de carácter «recomendable» (R) para obtener puntuación del apartado. Si no se alcanza los porcentajes de adecuación en ambos bloques el resultado será 0. La puntuación se obtendrá de la siguiente manera: en (CM), a partir del 80% de adecuación la valoración será lineal hasta alcanzar el 90% de adecuación obteniendo el 80% de la puntuación del ítem y en (R) partir del 40% de la adecuación hasta el 50 % la valoración sera lineal hasta alcanzar el 20% de la puntuación del ítem.
d.3) Validación de la asociación de tipologías de informes que suben a HORUS definidas en el HIS del hospital	Revisión del tipo de informe asignado a cada uno de los informes existentes en el HIS del hospital. Con la publicación de los informes electrónicos en distintos sistemas como HORUS, HCDSNS o Mi Carpeta de Salud, resulta imprescindible que estos se encuentren perfectamente tipificados, evitando así incoherencias en la información publicada tanto para los profesionales como para los ciudadanos / pacientes.	Se presentará una hoja excel con los informes definidos en el HIS del hospital a fecha de inicio de la revisión, indicando el código del informe, su nombre, el tipo de informe original y el tipo de informe codificado tras la revisión. Junto a la hoja Excel, se entregará documento firmado por los profesionales involucrados en la revisión de los informes, haciendo constar nombre, apellidos y cargo.

ANEXO VI . SUBDIRECCION GRAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1.- Indicadores de continuidad en las transiciones asistenciales:

Porcentaje de informes clínicos de alta de hospitalización disponibles en HORUS	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de informes clínicos de alta de hospitalización disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta}}{\text{Nº de altas de hospitalización}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100%. Propuesta: 80%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de informes clínicos de alta de urgencias disponibles en HORUS	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de informes clínicos de alta de urgencias disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta}}{\text{Nº de altas de urgencias}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100%. Propuesta: 80%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de informes de cuidados enfermeros al alta de hospitalización disponibles en HORUS	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de informes de cuidados enfermeros al alta de hospitalización de pacientes con NIA disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta}}{\text{Nº de altas de hospitalización de pacientes con NIA}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100 %. Propuesta: 90%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de derivaciones SM valoradas en 10 días	
Fórmula	$\frac{\text{Nº interconsultas clasificadas como SM en Atención Primaria valoradas por el especialista hospitalario en los primeros 10 días desde su emisión}}{\text{Nº de interconsultas clasificadas como VPE en Atención Primaria}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100 %. Propuesta: 100%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de derivaciones SM citadas en 15 días	
Fórmula	$\frac{\text{Nº interconsultas clasificadas como SM en Atención Primaria y valoradas como SM por especialista hospitalario con fecha de cita asignada en los primeros 15 días desde su emisión}}{\text{Nº de interconsultas clasificadas como SM en Atención Primaria y valoradas como SM en hospital}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100 %. Propuesta: 100%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de derivaciones VPE valoradas en 10 días	
Fórmula	$\frac{\text{Nº interconsultas clasificadas como VPE en Atención Primaria valoradas por el especialista hospitalario en los primeros 10 días desde su emisión}}{\text{Nº de interconsultas clasificadas como VPE en Atención Primaria}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100 %. Propuesta: 95%
Fuente	DGSIS

2.- Indicadores de implantación de procesos asistenciales integrados para la atención a pacientes crónicos

Identificación de especialista hospitalario de referencia para pacientes crónicos complejos	
Fórmula	Nº de pacientes con NIA asignado en Atención Primaria y especialista hospitalario de referencia identificado en atención hospitalaria / Nº de pacientes con NIA asignado en Atención Primaria X 100
Aclaraciones	Se recogerá la información mediante un registro específico que relacione CIPA de paciente con NIA y especialista de referencia hospitalario asignado
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100%. Propuesta: 80%
Fuente	DCA de cada hospital

Identificación de especialistas consultores de los centros de salud para el desarrollo de procesos asistenciales integrados: PAI EPOC	
Fórmula	Nº de centros de salud del área de influencia del hospital con neumólogo de referencia identificado / Nº de centros de salud del área de influencia del hospital X 100
Aclaraciones	Cada centro de salud debe contar con un neumólogo consultor identificado que actúa como referente para el desarrollo de la continuidad asistencial en el PAI EPOC
Tendencia / estándar	Ascendente hasta 100%. Propuesta: 90%
Fuente	DCA de cada hospital

ANEXO VII: OFICINA REGIONAL DE COORDINACION DE TRASPLANTES

1. TASA DE DONANTES

Tasa de donantes validos por cada 100.000 habitantes	
Fórmula	Número de donantes validos en muerte encefálica y asistolia / (población de referencia de cada hospital dividido entre 100.000)
Aclaraciones	Cada hospital acreditado para la donación tiene un objetivo individualizado para 2018 teniendo en cuenta su potencialidad para la donación (nº de camas, servicio de neurocirugía, unidad de ictus, pacientes vistos en urgencias, actividad real de años previos, etc).
Tendencia/estándar	Mantenimiento y/ o tendencia al aumento de las donaciones en hospitales con alta actividad, aumento claro de la donación en hospitales con media o baja actividad.
Fuente	Sistemas de información disponibles

ANEXO VIII.- OFICINA REGIONAL DE COORDINACION ONCOLOGICA

1. Indicador “Registro en RTMAD de niños y adolescentes menores de 18 años”

Descripción del indicador: Los niños y adolescentes menores de 18 años con un tumor que reúna los criterios de inclusión tal y como se recoge en el “Manual de Procedimientos de RTMAD”, deben estar correctamente registrados en RTMAD.

Formula del indicador (expresado como porcentaje):

- Numerador: Número de casos nuevos de niños y adolescentes menores de 18 años registrados en RTMAD en 2018
- Denominador: Número de casos nuevos de niños y adolescentes menores de 18 años atendidos en el hospital (ingresados y/o ambulatorios) por la patología oncológica en el mismo año 2018

Estándar del indicador: $\geq 95\%$

Fuente de datos para la evaluación del indicador: Datos de RTMAD a fecha 15 de febrero del 2019, CMBD, CISYT y bases de datos propias de los servicios y unidades.

2. Indicador “Cumplimentación de las variables obligatorias de RTMAD”

Descripción del indicador: Las variables “Extensión tumoral (LRD)”, “Lateralidad” y “Tipo de primer tratamiento” deben estar cumplimentadas con un porcentaje menor del 5% de valores desconocidos en todas ellas.

Formula del indicador (expresado como porcentaje) para cada una de las variables de RTMAD evaluadas:

- Numerador: Número de registros cumplimentados con la categoría de desconocido en 2018
- Denominador Número total de registros cumplimentados en ese mismo año

Estándar del indicador para cada una de las variables de RTMAD evaluadas: $\leq 5\%$

Fuente de datos para la evaluación del indicador: Datos de RTMAD a fecha 15 de febrero de 2019

ANEXO IX.- CUIDADOS PALIATIVOS

En los hospitales que disponen de equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos (equipo que realiza interconsultas a otros servicios hospitalarios y gestión de los casos): H.U. La Paz, Gregorio Marañón, clínico San Carlos, Ramón y Cajal, la Princesa, Puerta de Hierro, Príncipe de Asturias, Móstoles, Severo Ochoa, Getafe y Doce de Octubre.

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES	Meta
CUIDADOS PALIATIVOS	Creación de una agenda de Consulta Externa de Cuidados Paliativos con una apertura mínima de 50 días/año (nº días apertura/50 X 100)	100 %

ANEXO X.- OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

1. Indicador “Citación precoz de pacientes con riesgo suicida en Centro de Salud Mental (citación ARSUIC)”

Descripción del indicador: Los pacientes con riesgo suicida dados de alta de un hospital deben tener una citación precoz en el Centro de Salud Mental correspondiente, o consulta específica para pacientes con riesgo suicida.

Fórmula del indicador (Porcentaje):

Numerador: Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en Centro de Salud Mental en un plazo máximo de 1 semana tras el alta hospitalaria

Denominador: Total pacientes que han realizado tentativa de suicidio

Fuente de datos: Registro ARSUIC del centro a través del Servicio de Psiquiatría, Área de Gestión Clínica o Centro de Salud Mental.

2. Indicador “Accesibilidad a primera consulta en Centro de Salud Mental”

Descripción del indicador: Los pacientes derivados desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental deben ser citados para primera consulta en menos de 45 días.

Fórmula del indicador (Porcentaje):

Numerador: Pacientes con derivación desde Atención Primaria a Centro de Salud Mental valorados en primera consulta en menos de 45 días.

Denominador: Total pacientes derivados desde Atención Primaria a Centro de Salud Mental

Fuente de datos: Registro de demora en consultas de la Gerencia del centro.

3. Indicador “Contacto del paciente con Trastorno Mental Grave en Continuidad de Cuidados con el Centro de Salud Mental”

Descripción del indicador: En los pacientes adultos con Trastorno Mental Grave debe garantizarse la adherencia al tratamiento a través del Programa de Continuidad de Cuidados.

Fórmula del indicador (Porcentaje):

Numerador: Pacientes adultos con Trastorno Mental Grave en Programa de Continuidad de Cuidados que han tenido contacto al menos 1 vez al mes con el Centro de Salud Mental

Denominador: Total de pacientes con Trastorno Mental Grave en Programa de Continuidad de Cuidados

Fuente de datos: Registro del Programa de Continuidad de Cuidados de la Gerencia del centro, a través del Servicio de Psiquiatría, Área de Gestión Clínica o Centro de Salud Mental.

4. Indicador “Alta con informe de pacientes con trastorno de ansiedad/depresión de Salud Mental a Atención Primaria”

Descripción del indicador: Los pacientes con ansiedad y/o depresión dados de alta en el Centro de Salud Mental son derivados a Atención Primaria con un informe clínico disponible en HORUS.

Fórmula del indicador (Porcentaje):

Numerador: Pacientes con ansiedad y/o depresión que se dan de alta en el Centro de Salud Mental con un informe clínico disponible en HORUS.

Denominador: Total pacientes con ansiedad y/o depresión dados de alta en el Centro de Salud Mental

Fuente de datos: Registro de la Gerencia del centro a través del Servicio de Psiquiatría, Área de Gestión Clínica o Centro de Salud Mental.

ANEXO XI.- FARMACIA

Las fichas con información de los indicadores de farmacia se podrán consultar en el “MANUAL DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS-HOSPITALES AÑO 2017”

(<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/DatosdePrestacionFarmaceutica-Indicadores.aspx>)

1.- INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA

Indicadores de adultos		Evaluación de la mejora del indicador	INDICADOR ADULTOS (IA) ponderación
	Pacientes en tratamiento con estatinas de elección	Positivo	20%
	% DDD Omeprazol/Total IBP	Positivo	20%
	% EFG receta	Positivo	20%
	% DDD Secretagogos <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 de Indicadores de Utilización de Medicamentos (Anexo III).

** No incluido en contrato programa de Hospital Santa Cristina.

2.- INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA

INDICADOR SINTETICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA $\geq 0,7$	Ponderación
Indicadores Hospitales: Grandes, Medianos I y Medianos II	
Índice Sintético General	70,00%
Coste tratamiento por paciente adulto VIH	24,00%
% pacientes adultos tratados y con CV indetectable	5,00%
Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos en DMAE exudativa	2,74%
Coste tratamiento por paciente EM-EXT Y HD PONDERADO	13,53%
Coste tratamiento por paciente Psoriasis	4,11%
Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriásica	2,29%
Coste tratamiento por paciente EII	7,55%
Coste tratamiento por paciente Artritis Reumatoide	6,44%
Coste tratamiento por paciente Espondiloartropatías	4,34%
Índice Sintético Biosimilares	14,00%
% de Biosimilares (BS)	3,00%
% pacientes NAIVE en tratamiento con Infliximab Biosimilar	3,00%
% pacientes NAIVE en tratamiento con Etanercept Biosimilar	4,00%
% pacientes NAIVE en tratamiento con Rituximab Biosimilar	4,00%
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%

Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos (Anexo III).

ANEXO XII.- AUDITORIAS CLINICAS

1. PORCENTAJE DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS MÍNIMOS ESTABLECIDOS SEGÚN RD 1093/2010 EN LOS INFORMES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Porcentaje de cumplimentación de los mínimos establecidos según RD 1093/2010 en los Informes de Cuidados de Enfermería	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de ítems mínimos cumplimentados en los Informes de Cuidados de Enfermería (ICE)}}{\text{nº de ítems totales (mínimos) de los ICE emitidos}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará semestralmente
Tendencia/estándar	Observar tendencia, establecer objetivos en Contrato Programa 2018 en función de la situación de partida (corte trasversal noviembre 2017) de cada hospital
Fuente	Sistemas de información disponibles

2. PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFORMES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON RD 1093/2010

Porcentaje de pacientes con Informes de Cuidados de Enfermería con formato RD 1093/2010	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con Informe de Cuidados de Enfermería con formato RD 1093/2010}}{\text{Nº de Altas}} \times 100$
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente (este objetivo se inició en CP 2016)
Tendencia/estándar	Ascendente al 100% Pacientes con necesidades de cuidados al alta.
Fuente	Sistemas de información disponibles