

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- CAPIO
HOSPITAL REY JUAN CARLOS**

REUNIÓN ORDINARIA DE 4 DE MARZO DE 2013

Acta nº 2

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

D^a Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D. Jesús Vidart Anchía.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
D^a Zaida Sampedro Préstamo.- Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
D^a Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente.
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria.
D^a Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.
D^a Rosa de Andrés de Colsa.- Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.

Por Capiro-Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles

D. Víctor Manuel Madera Núñez.- Presidente de CAPIO.
D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de CAPIO-Madrid y Gerente del Hospital.
D^a Celia García Menéndez.- Directora Asistencial.
D^a Ana Pérez Posada.- Directora Económica.
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial.

Secretaría: Yolanda Aguilar Olivares.- Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

En Madrid, siendo las 9,30 horas del día 4 de marzo de 2013, en la sala de reuniones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7-7^a planta, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta prevista en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, debidamente convocada al efecto.

Pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

Primero: Lectura y aprobación, si procede, del acta de la reunión celebrada el día 27 de junio de 2012. –Se decide aprobar el acta que se adjunta como anexo 1 por acuerdo de los asistentes.

Segundo: Balance de actividad y evolución de la población protegida. La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria expone el balance de actividad y evolución de la población protegida.

El Director de Capiro-Madrid y gerente del hospital, plantea la necesidad de depurar la información, ya que hay errores debido a que figura asignada actividad al Rey Juan Carlos que había realizado el Hospital de Móstoles y la Fundación Hospital Alcorcón antes de la apertura del referido Hospital Rey Juan Carlos.

La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria comenta que se procederá a realizar la oportuna corrección.

Tercero: Resultados de indicadores de seguridad, calidad y disponibilidad 2012. Expone la Directora General de Atención al Paciente, los resultados de los indicadores de seguridad, calidad y disponibilidad I. Asimismo felicita a los representantes del hospital por los resultados obtenidos en el año 2012 que se adjunta como anexo 2 al acta.

Cuarto: Objetivos 2013. Presenta la Directora General de Atención al Paciente los objetivos para el año 2013.

Igualmente les comenta que se incluyen como indicadores de gestión ambiental para 2013 el consumo de luz y electricidad, así como la creación de un registro de documentos informativos para pacientes y acciones de mejora dentro del programa de atención integral al paciente oncológico.

En este sentido señala el Director de Capiro-Madrid, que tienen establecido un circuito específico para la atención de pacientes oncológicos, tanto para el hospital como en Atención Primaria.

A continuación la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria plantea posibles opciones, en relación con lo dispuesto en la cláusula 9.1.7.2 del pliego, en el que se establece que la sociedad concesionaria pone a disposición del órgano de contratación el 0,5% del precio anual del contrato para la realización de auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

El Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, señala que estudiará la viabilidad de las posibles alternativas a la ejecución e imputación del gasto del 0,5%. Cita, a modo de ejemplo, la posibilidad de realizar encuestas de satisfacción y evaluación de la actividad como parte de las actividades de auditoría a realizar con recursos propios o con medios externos. Puntualiza la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria que interesa especialmente el análisis y valoración de los resultados de calidad.

Seguidamente la Directora General de Atención al Paciente señala que se crea el Observatorio de Resultados pero que el Hospital Rey Juan Carlos, no aparecerá en la primer etapa (año 2011). En cuanto al año 2012 señalan los representantes de Capiro que no tuvieron claves de acceso para el programa VIRAS hasta finales de año y propone la Directora que incluyan los datos que puedan aportar.

Quinto: Derivación de las listas de espera.- La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria señala que los hospitales adscritos y dependientes del Servicio Madrileño de Salud, canalizan a los pacientes en lista de espera diagnóstica o quirúrgica, que no pueden atender en el plazo de demora máxima establecida, a través de acuerdos-marco a centros privados concertados para alguno de los procesos determinados previamente. Respecto a la posibilidad de que el Hospital Rey Juan Carlos, participe en la realización de procesos provenientes de la lista de espera de otros hospitales de la red, se entiende que el Hospital Rey Juan Carlos es un hospital público de la red del Servicio Madrileño de Salud, a todos los efectos, por lo que puede participar en la derivación como participan el resto de hospitales públicos. Se propone, en consecuencia, a los representantes del Hospital Rey Juan Carlos su participación en el programa de lista de espera al precio medio de las licitaciones del acuerdo-marco. Los representantes del Hospital Rey Juan Carlos aceptan esta propuesta.

Sexto: Dar cuenta de los planes y documentos que con arreglo a los pliegos debe aportar la concesionaria. Se presentan los Objetivos 2013, se firman en este acto y se adjunta como **anexo 3** al acta.

La Directora General de Atención al Paciente señala, a continuación, los documentos que el hospital tiene que aportar (**se adjuntan como anexo 3.a**). Asimismo indica que la Unidad

Técnica de Control se encargará de los indicadores no sanitarios a partir de 2013, y comprobará que se entrega toda la documentación exigida en los pliegos.

Séptimo: Criterios para aplicar en la facturación intercentros. El Director de Capiro-Madrid informa que una vez analizado el documento que se les ha enviado desde el Servicio Madrileño de Salud, remitirá algunas observaciones al documento que mandará por correo para su análisis por el Servicio Madrileño de Salud.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria comenta que los criterios que se han adoptado para el borrador de manual de facturación intercentros serán de aplicación a todos los hospitales utilizando criterios homogéneos.

Se indica a los representantes del hospital que una vez analizado el documento por su parte, deben enviar sus observaciones, de las cuales se dará traslado a la Dirección General de Hospitales, Dirección General de Gestión Económico y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos y Dirección General de Atención al Paciente para su estudio y redactarán una versión definitiva.

En este sentido, el Director de Capiro-Madrid solicita que para una adecuada facturación intercentros es necesario no sólo la definición de unos criterios homogéneos, sino que se audite la actividad realizada tanto en el propio hospital como en el resto de hospitales del SERMAS.

Octavo: Centro de Salud Mental de Navalcarnero.- En este punto se informa que la Dirección General de Recursos Humanos estudiará y determinará la actuación en relación con la plantilla de personal, que presta sus servicios en el Centro de Salud Mental de Navalcarnero.

Los representantes del Grupo Capiro aceptan las indicaciones dadas por el Servicio Madrileño de Salud, para establecer una unidad de salud mental extrahospitalaria en el municipio de Navalcarnero, a pesar de que no se recoge esta obligación en su contrato.

Los representantes del Grupo Capiro proponen que en tanto continúe trabajando el personal dependiente del SERMAS en la unidad de salud mental de Navalcarnero no deberían aplicarse los criterios de la facturación intercentros, ya que esa circunstancia no es imputable al Grupo Capiro

Seguidamente el Director de Capiro Madrid comenta que estudian la posibilidad de abrir un centro de especialidades que atienda a la población de Villaviciosa y Navalcarnero. La Directora General de Atención al Paciente propone que se convoque una reunión específica para tratar esta cuestión.

Noveno: Ruegos y preguntas

- El Director de Capiro-Madrid señala, nuevamente, el problema que genera la lejanía de transporte público en la zona del hospital, y plantea la necesidad de ampliación de los itinerarios de autobuses. Informa, asimismo, que los Alcaldes afectados han presentado una queja escrita.

Se le indica la posibilidad de incluir, como punto del orden del día de la próxima reunión este asunto. La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria le informa que el Consorcio está estudiando la propuesta.

- El Director de Capiro-Madrid comunica, en relación a la unidad de ictus que no están en su cartera de servicios, por lo que tienen que someter estas nuevas unidades a autorización. La Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales, señala que existen actualmente seis unidades

LA SECRETARIA


Yolanda Aguilar Olivares

**VºBº
LA PRESIDENTA**


Patricia Flores Cerdán

REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- CAPIO HOSPITAL REY JUAN CARLOS

REUNIÓN ORDINARIA DE 27 DE JUNIO DE 2012

Acta nº 1

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

D^a Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D. Jesús Vidart Anchia.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
D^a Zaida Sampedro Préstamo.- Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
D^a Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente.
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria.
D^a Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.
D^a Rosa de Andrés de Colsa.- Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.

Por Capiro-Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles

D. Víctor Manuel Madera Núñez.- Presidente de CAPIO.
D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de CAPIO-Madrid y Gerente del Hospital.
D^a Celia García Menéndez.- Directora Asistencial.
D^a Ana Pérez Posada.- Directora Económica.
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial.

Secretaría: D^a Ana Díez López.- Por ausencia de la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

En Madrid, siendo las 17,00 horas del día 27 de junio de 2012, en la sala de reuniones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7, 7^a planta, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta prevista en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, debidamente convocada al efecto.

Pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

Primero: Constitución de la Comisión Mixta de Seguimiento.- La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria constituye formalmente la Comisión Mixta con la siguiente composición:

Por parte del Servicio Madrileño de Salud, además de ella misma como Presidenta en su calidad de Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, formará parte de la comisión:

Con derecho a voz y voto: el titular de la Dirección General de Hospitales y el titular de la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.

Con voz pero sin voto: El titular de la Dirección General de Atención al Paciente, el titular de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y el titular de Dirección General de Atención Primaria.

Asimismo, teniendo en consideración que el pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión de la asistencia sanitaria, prevé en la cláusula catorce apartado nueve la figura del delegado de la administración, se designa a la titular de la Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales, como delegada de la administración a los efectos señalados, quien asistirá a las reuniones de la comisión mixta con voz y sin voto.

Por parte de Capiro-Hospital Rey Juan Carlos los miembros de la Comisión son los siguientes:

Con derecho a voz y voto: El Presidente de CAPIO; el Gerente del Hospital Rey Juan Carlos y el titular de la Dirección Asistencial del Hospital Rey Juan Carlos.

Con voz pero sin voto: El titular de la Dirección Económica del Hospital Rey Juan Carlos y el titular de la Dirección de Continuidad Asistencial.

Actuará como Secretaria de la Comisión sin voz ni voto la titular de la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

Segundo.- Propuesta de aprobación del Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de Seguimiento.- Se propone por los representantes de CAPIO la inclusión en el Reglamento, dentro del punto 1 "Composición de la Comisión Mixta", de los siguientes miembros con derecho a voz pero no a voto: El titular de la Dirección Económica y el titular de la Dirección de Continuidad Asistencial.

Con la modificación mencionada se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de Seguimiento, que se adjunta como **anexo I al acta**, por acuerdo de los asistentes.

Una vez aprobado el Reglamento y formalizada su designación, se incorpora a la reunión como delegada de la administración D^a Rosa M^a de Andrés de Colsa, Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales, en calidad de miembro de la Comisión Mixta

Tercero: Auditoria de calidad y disponibilidad.- La Directora General de Atención al Paciente, presenta los objetivos y descripción de indicadores previstos para el año 2012 que se adjuntan como **anexo II al acta**. Estos objetivos e indicadores, forman parte del Contrato Programa de los hospitales adscritos al Servicio Madrileño de Salud. En este sentido la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria considera necesario que el Hospital Rey Juan Carlos, como el resto de hospitales adscritos al Servicio Madrileño de Salud formalice un Contrato Programa con carácter anual. La suscripción del Contrato Programa, que incluye los objetivos institucionales, facilitaría la uniformidad del Hospital Rey Juan Carlos con el resto de centros de la red.

El gerente del hospital informa que se realiza seguimiento de los planes y procedimientos previstos en el pliego, y que todos han sido presentados.

En lo que respecta a la auditoria de calidad y disponibilidad prevista en el Pliego de Condiciones Técnicas, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, estima que resulta prematuro tratar este asunto en este momento, y es más adecuado que con carácter previo la Delegada de la Administración determine el contenido de la misma.

Se acuerda incluir en la próxima reunión de la Comisión Mixta un punto específico en el Orden del Día, al objeto de determinar el contenido de la auditoria.

Cuarto.- Balance de actividad y evolución de la población protegida.- La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria presenta a continuación el balance, que se adjunta como **anexo III al acta**.

Se comentan fundamentalmente datos relativos al balance de entradas y salidas, consignados en la página 4 del documento, en este sentido se producen discrepancias entre la información señalada y la disponible en el hospital, según su gerente hay un saldo negativo cifrado en 102 pacientes. Teniendo en consideración la importancia de esta información, se acuerda depurar conjuntamente con los representantes del hospital, el balance de entradas/salidas mencionado.

Respecto al saldo negativo de pacientes, el Presidente de CAPIO señala que un factor esencial, es el transporte que dificulta el acceso al hospital, ya que los municipios más alejados del hospital no tienen transporte directo, como en el caso del Hospital de Alcorcón.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria solicita al Director de Continuidad Asistencial que le envíe un informe explicativo de esta situación, con vistas a realizar gestiones con la Consejería de Transportes, al objeto de que estudien la viabilidad de modificar el recorrido de alguna de las líneas actuales de transporte para que tenga parada en las proximidades del Hospital Rey Juan Carlos.

Posteriormente se analiza aspectos relativos a la liquidación y, en este sentido, la Comisión Mixta, acuerda en lo que respecta a la liquidación del periodo transitorio, de los seis meses posteriores a la fecha de entrada en funcionamiento del hospital, del 22 de marzo de 2012 al 21 de septiembre de 2012, se considerarán los siguientes supuestos referidos a la población protegida:

- No se facturará al hospital la actividad realizada en otros centros (hospitalización programada, consultas nuevas o sucesivas, pruebas o procedimientos ambulatorios, CMA, Hospital de día, etc...), cuya gestión de cita se realizó antes de la fecha de apertura del centro.
- Si se facturará al hospital la consulta o realización de prueba o procedimiento efectivamente atendida por un nuevo proceso en otro centro sanitario, después de la entrada en funcionamiento del hospital, que haya sido comunicado previamente al hospital de referencia (Hospital Rey Juan Carlos).
- El hospital no facturará la actividad efectivamente realizada a la población protegida, aunque el paciente estuviera citado en otro centro sanitario, con anterioridad a la entrada en funcionamiento del hospital.
- El hospital facturará la actividad realizada a pacientes con indicación quirúrgica establecida e incluidos en lista de espera quirúrgica, previamente a la fecha de apertura del centro.

El gerente del hospital propone la constitución de un grupo de trabajo para la liquidación, que establezca criterios concretos.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria señala que se establecen criterios generales, no obstante en el caso de que se presente alguna situación puntual y dudosa, podría analizarse conjuntamente entre profesionales del hospital y del Servicio Madrileño de Salud, y si no llegan a un acuerdo podría trasladarse a la comisión mixta, para que adopte una resolución al respecto.

El Presidente de CAPIO solicita que se le facilite información sobre los pacientes, del ámbito de influencia del Hospital Rey Juan Carlos que vienen siendo atendidos en otros hospitales. Desde el Servicio Madrileño de Salud se le remitirá la información oportuna a estos efectos.

Se comenta, a continuación la situación del Centro de Salud Mental de Navalcarnero.

Quinto.- Dar cuenta de los documentos de control que establece el pliego.- Es necesario realizar un seguimiento de la documentación de control que acompaña al pliego, que es la siguiente:

- Solicitud de autorización de la Administración para implementar servicios de explotación comercial.
- Solicitud de autorización de la Administración para implementar servicios en cartera.
- Plan de actuaciones en materia de sistemas de información, cada 4 años/objetivos anuales.
- Plan de calidad y de gestión, cada 4 años/objetivos anuales.
- Plan de inversión y reposición, cada 4 años/objetivos anuales.
- Aquellos informes de carácter técnico o económico que sean requeridos por la Administración.

Sexto.- Ruegos y preguntas.

Primero: La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, felicita al equipo directivo del hospital y a los profesionales que desempeñan su labor en este centro, así como a las Direcciones Generales que han colaborado en la puesta en funcionamiento del mismo.

Segundo: Se comunica que la actual empresa adjudicataria del contrato de terapias respiratorias domiciliarias, Oximesa S.A., ha accedido a que el Hospital Rey Juan Carlos asuma la gestión de las terapias respiratorias domiciliarias a partir del día 1 de julio de 2012.

Y no habiendo más asunto que tratar, se levanta la sesión a las 18,10 horas lo que como Secretaria certifico.

LA SECRETARIA
Por ausencia de la Secretaria General del
Servicio Madrileño de Salud.

VºBº
LA PRESIDENTA

REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Y SOCIEDAD MERCANTIL CAPIO-HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MOSTOLES

En aplicación de lo previsto en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos de Mostoles se constituye la Comisión Mixta, como órgano de coordinación de las relaciones entre el Servicio Madrileño de Salud y Capio-Hospital de Móstoles.

Asimismo, y en virtud de lo establecido en cláusula 23 del pliego mencionado, la Comisión Mixta, en lo que respecta a su composición y normas de funcionamiento se regirá por el siguiente,

REGLAMENTO

1.- De su composición

La Comisión Mixta estará integrada por tres miembros de cada una de las partes interesadas:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.

b) Por parte de CAPIO-Hospital Rey Juan Carlos:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de CAPIO-Hospital de Rey Juan Carlos o persona en quien delegue.
- El Gerente del Hospital Rey Juan Carlos o persona en quien delegue.
- El Director Médico del Hospital Rey Juan Carlos, o persona en quien delegue.

Será Presidente de la Comisión Mixta, el titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, actuando como Vicepresidente la persona que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria.



Actuará como Secretario de la Comisión Mixta un funcionario del Servicio Madrileño de Salud con categoría al menos de técnico de apoyo, que no ostentará derecho de voz ni de voto.

Asimismo formarán parte de la Comisión Mixta, con voz pero sin voto:

1. Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del órgano directivo competente en materia de sistemas de información sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención al paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El Delegado de la Administración, al que se hace referencia en cláusula catorce apartado nueve del pliego.

2. Por parte de CAPIO:

- El titular de la Dirección Económica.
- El titular de la Dirección de Continuidad Asistencial.

2.- De su funcionamiento

La Comisión Mixta se reunirá:

- Con carácter ordinario, trimestralmente.
- Con carácter extraordinario, a instancia de cualquiera de las partes.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos, dirimiendo el voto del Presidente.

Para la resolución de las posibles discrepancias se tendrá en cuenta lo dispuesto al efecto en el contrato de gestión de servicio público.

En función de los asuntos a tratar, se podrán incorporar a la comisión, sin derecho a voto, los asesores técnicos que se consideren oportunos, teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones atribuidas a esta comisión.

De forma supletoria, en las cuestiones relativas a deliberaciones, acuerdos y funcionamiento de la Comisión Mixta, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II, del Título II, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3.- De sus funciones

Las funciones de la Comisión Mixta son las siguientes:

- a. Seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del contrato, sin perjuicio de las facultades del órgano de contratación.



- b. Proponer la adopción de medidas a la vista de los resultados obtenidos por la sociedad concesionaria en la ejecución de las prestaciones objeto del servicio público.
- c. Proponer actividades de colaboración para el mejor cumplimiento del contrato.
- d. Realizar propuestas de resolución, ante posibles conflictos surgidos entre las partes, correspondiendo en todo caso la resolución de los mismos al órgano de contratación.
- e. Valorar la adecuación de la Cartera de Servicios del Hospital Rey Juan Carlos a las necesidades asistenciales.
- f. Analizar las posibles modificaciones en las anualidades del Plan de Inversiones.
- g. Velar por el cumplimiento de los requerimientos de subsanación de cualquier deficiencia que pudiera apreciarse, en relación con los niveles de calidad y demora que en cada momento establezca la autoridad sanitaria para todos los centros públicos de la Comunidad de Madrid.
- h. Analizar la prestación ambulatoria de farmacia, oxigenoterapia y transporte sanitario.
- i. Solicitar la elaboración de informes técnicos de cuantos asuntos se consideren de interés, en los que podrá participar personal técnico del Servicio Madrileño de Salud y de la sociedad concesionaria.
- j. Adaptar el procedimiento de facturación a los cambios organizativos del Servicio Madrileño de Salud.



Viceconsejería de Asistencia Sanitaria



Servicio Madrileño de Salud

OBJETIVOS

Año 2012.

Hospital Rey Juan Carlos

INTRODUCCION

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Para hacer efectivas estas funciones a nivel de sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2012, de acuerdo con los siguientes principios generales:

1. Asegurar la estabilidad financiera.
2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.
3. Garantizar la libre elección
4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.
5. Facilitar el desarrollo y adecuación de las tecnologías de la información.

Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, que de acuerdo con lo establecido en el Plan de Calidad del centro son de obligado cumplimiento, conjuntamente con los que específicamente establece el citado Plan.

A continuación se especifican los objetivos 2012 establecidos para el hospital. En primer lugar, los referidos al conjunto del Servicio Madrileño de Salud: registros que de forma obligatoria deberá cumplimentar el centro (Tabla 1) , indicadores de procesos y resultados que deberán conseguir (Tabla 2) con la explicación de sus metas, fórmulas de cálculo y observaciones (Anexo I) y en segundo lugar, los objetivos incluidos de forma específica en el Plan de Calidad del centro (Tabla 3):

TABLA 1: OBJETIVOS DE REGISTROS

| Registros y actuaciones administrativas | Cumplimiento |
|--|--------------|
| a) Codificación de SIFCO | Obligatorio |
| b) Complimentación codificación CMBD. | Obligatorio |
| c) Registro de tumores | Obligatorio |
| d) Documento único de derivación de la historia de cuidados paliativos | Obligatorio |
| e) Registro de enfermedades poco frecuentes | Obligatorio |
| f) Registro de ICTUS | Obligatorio |
| g) Registro de IAM | Obligatorio |
| h) Registro de enfermedad renal | Obligatorio |
| i) Adecuación de la prescripción del transporte programado | Obligatorio |

TABLA 2: OBJETIVOS DE PROCESOS Y RESULTADOS

| Objetivos | Cumplimiento |
|---|--------------|
| 1.- Indicadores sistemas de información | |
| a) Elaboración del Plan de continuidad de servicio | Ver anexo I |
| b) Constitución Comité de Seguridad de la Información. Plan TIC. mejoras | Ver anexo I |
| c) Elaboración del plan de actuaciones TIC 2012 / 2013 | Ver anexo I |
| 2.- Indicadores de espera quirúrgica y de consultas | |
| a) Demora máxima de los pacientes en espera estructural | Obligatorio |
| b) Espera máxima para consultas externas | Ver anexo I |
| c) Espera máxima para pruebas diagnósticas | Ver anexo I |
| 3.- Indicadores de calidad y atención al paciente | |
| a) Calidad percibida | Ver anexo I |
| b) Seguridad paciente y gestión de calidad | Ver anexo I |
| c) Información y atención al paciente | Ver anexo I |
| d) Indicadores de comparación hospitalaria | Ver anexo I |
| e) Autoabastecimiento de bolsas de sangre | Ver anexo I |
| 4.- Indicadores de continuidad asistencial | |
| a) Porcentaje pruebas disponibles Primaria | Ver anexo I |
| b) Nº especialidades con especialista consultor | Ver anexo I |
| c) Porcentaje sospecha malignidad evaluadas | Ver anexo I |
| d) Porcentaje valoración previa especialista evaluadas | Ver anexo I |
| e) Porcentaje de pacientes distintos con hepatitis C tratados con fármacos inhibidores de la proteasa y grado de fibrosis igual o menor a 2 | Ver anexo I |
| f) Coste del tratamiento por paciente VIH adulto | Ver anexo I |
| g) Porcentaje DDD Nuevos anticoagulantes orales sobre el total de anticoagulantes orales | Ver anexo I |
| h) Conciliación de medicación | Ver anexo I |
| i) Porcentaje DDD ARA-II+Aliskiren / total medicamentos Renina Angiotensina. | Ver anexo I |
| j) Cumplimiento de los plazos de envío de la información sobre consumo farmacéutico | Obligatorio |

TABLA 3: OBJETIVOS PLAN CALIDAD HOSPITAL

| Objetivos | Cumplimiento |
|--|-------------------|
| 1.- Calidad percibida por los ciudadanos | |
| a) Realización encuesta con acciones de mejora (2 campañas) | Anual (2012) |
| b) Crear comité calidad percibida | Inicio (2012) |
| d) Gestión reclamaciones | 2012 (continuado) |
| e) Implantar programa acogida y alta | 2012 |
| f) Citación pacientes (mecanismos) | 2012 |
| g) Página Web | 2012 |
| h) Programa específico atención urgencias | 2012 |
| 2.- Modelos de calidad | |
| a) Autoevaluación EFQM | 2013-2014 |
| b) Certificación ISO 14000 | 2013 |
| c) Certificación ISO 9001 s. centrales incluida farmacia | 2014 |
| g) Calendario RSC (transparencia, desarrollo sostenible... memoria GRI bienal) | 2012-2015 |
| 3.- Gestión de procesos | |
| a) Mapa procesos | 2012 |
| b) Guías, protocolos y/o vías (20 en próximos 4 años) | Mínimo 5/año |
| c) Consultas alta resolución | Ver Plan |
| 4.- Gestión de riesgos | |
| a) Crear unidad funcional gestión riesgos / comité seguridad paciente | Inicio (2012) |
| b) Sistema registro y comunicación efectos adversos | 2012 |
| c) Identificación pacientes | 2012 |
| d) Errores medicación | 2012 |
| e) Implantar Lista Verificación Quirúrgica | 2012 |
| f) Disminución infección (higiene de manos: bioalcoholes, etc) | 2012 |
| g) Actuaciones específicas centro incluidas en el documento | 2012 |
| 5.- Cultura y formación | |
| a) Programa anual formación calidad | 2012 (continuado) |
| b) Procedimiento identificar y difundir buenas prácticas (banco Web) | 2012 |
| c) Promover participación profesionales (objetivos calidad propios, | 2012 (continuado) |

| | |
|--|-------------------|
| comisiones, etc) | |
| 6.- Infraestructura calidad | |
| a) Crear coordinador / responsable calidad centro | 2012 |
| b) Crear Servicio información y atención al paciente | 2012 |
| c) Crear comisiones clínicas | 2012 |
| d) Plan comunicación interno | Ver plan |
| e) Cuadro mando integral | 2012 (continuado) |
| f) Memoria anual | 2012 (continuado) |
| | |

El hospital se compromete a cumplir estos objetivos, a lo largo del año 2012, así como a facilitar la información necesaria para su evaluación.

En Madrid a 24 de mayo de 2012.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria

El Directora/a Gerente

Fdo. Patricia Flores Cerdán

Fdo. Juan Antonio Alvaro de la Parra



Viceconsejería de Asistencia Sanitaria



Servicio Madrileño de Salud

Año 2012.

Anexo

Descripción indicadores

Hospital Rey Juan Carlos

OBJETIVOS 2012 HOSPITAL REY JUAN CARLOS. Anexo Descripción de Indicadores

OBJETIVOS DE PROCESOS Y RESULTADOS

1.- Indicadores sistemas de información

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES |
|---|--------------------|---------------|---|
| a) Elaboración del PLAN DE CONTINUIDAD DEL SERVICIO | | | |
| 1.a.1.) Realización de diagnóstico de seguridad | Si/No | Si | Análisis de riesgos de acuerdo a las directrices de la OSSI (Oficina de Seguridad de Sistemas de Información de la DGSIS) |
| 1.a.2.) Definición tiempos recuperación (RTO/RPO) | % sistemas | >90% sistemas | |
| 1.a.3.) Elaboración del Plan de Contingencia | Si/No | Si | Inclusión al menos de los tres protocolos y procedimientos contingencia básicos (urgencia – consulta y hospitalización) y Completado y verificado DGSIS. Los servicios críticos deben disponer del plan completo y en todo caso al menos el 70% de los sistemas deben tenerlo |
| 1.a.4.) Aprobación y comunicación | Si/No | Si | Firmado por dirección y Comunicado a todo el personal del centro |
| 1.a.5.) Pruebas del Plan | Nº pruebas | 2 | 1 prueba semestral |
| 1.a.6.) Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial | Si/No | Si | |
| b) Constitución Comité de Seguridad de la información. Plan TIC en materia de Seguridad. Mejoras en este ámbito | | | |
| 1.b.1.) Comité constituido formalmente | Si/No | Si | Miembros nombrados formalmente. |
| 1.b.2.) Nº de reuniones | Nº reuniones | 8 | Actas remitidas. Meta anual (2 reuniones al trimestre) |
| 1.b.3.) Nº de actividades puestas en marcha | Nº actividades | 16 | Nº actuaciones en base al diagnóstico de procedimientos, mejora de los sistemas, implantación Dian@ (4 actividades/ trimestre) |
| 1.b.4.) % personal con formación en seguridad | % personal formado | >75% | curso virtual LOPD, sesiones formativas en el centro, asistencia a cursos promovidos desde servicios centrales |
| 1.b.5.) % auditorías sobre sistemas | % de auditorías | >90% sistemas | Revisiones cumplimiento LOPD. Supervisión accesos a los sistemas de información |
| 1.b.6.) Unidad independiente gestión seguridad | Si/No | Si | Independiente de la función TIC. Responsable de seguridad nombrado. |
| 1.b.6.) Presentación del Plan de Seguridad TIC en sesión de la Junta-Técnico Asistencial | Si/No | Si | |
| c) Elaboración del PLAN DE ACTUACIONES TIC 2012 / 2013 | | | |
| 1.c.1.) Completar y entregar la planificación de actuaciones | Si/No | Si | De acuerdo al modelo establecido por la DGSIS y validado por el Comité de Dirección del Centro |
| 1.c.2.) Cumplimentar la evaluación de "HIMSS Analytics Europe" | Si/No | Si | Historial Clínico Electrónico (EMRAM) |
| 1.c.3.) Número de iniciativas de mejora e innovación. | Nº de iniciativas | 3 | Mínimo 3 iniciativas de mejora. |
| 1.c.4.) Número de proyectos TIC propios (infraestructura y aplicaciones). | Nº de proyectos | 3 / 5 | Mínimo 3 proyectos TIC propios para hospitales pequeños y 5 hospitales medios y grandes. |
| 1.c.5.) Número de acciones formativas personal técnico. | Nº de acciones | 2 / 3 | Mínimo 2 acciones formativas hospitales pequeños y 3 hospitales medios y grandes. Garantizar la asistencia a jornadas/cursos promovidos desde la DGSIS. Actuaciones promovidas por el Centro |
| 1.c.6.) Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial y en comisiones clínicas | Nº de sesiones | 4 | En la Junta y en al menos 3 Comisiones clínicas |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 3.b.4.- Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad". | Nº de reuniones o visitas realizadas | Al menos 3 (2 de ellas en UCI) | Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes y/o Directores); Al menos 2 de ellas en UCI |
| 3.b.5.- Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) | Nº de episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica | <9 | De aplicación en aquellos hospitales que tengan UCI |
| 3.b.6.- Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras. | Nº de pacientes con pulseras identificativas/ Nº total de pacientes estudiados x100 | >85% y mantiene al menos cifras de 2011. | Fuente de información: Estudios de observación (realización de 2 estudios a lo largo del año). Los estudios incluirán acciones de mejora si implantación no adecuada |
| 3.b.7.- Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos | Nº de planes de mejora implantados | Al menos 2 | Plan de acción en higiene de manos de acuerdo a los resultados de la herramienta de autoevaluación de la OMS, que aborde las áreas de mejora detectadas (al menos componentes con puntuación inferior a 80) |
| 3.b.8.- Realización de actividades de formación sobre higiene de manos. | Porcentaje de profesionales formados en las áreas prioritarias | >60% profesionales de las unidades o servicios especificados | Formación on-line o presencial en los siguientes servicios: UCI, Urgencias, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Hospital de día |
| 3.b.9.- Utilización de la hoja de verificación quirúrgica | Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas estudiadas*100 | >80% | A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas |
| 3.b.10.- Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas. | Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras/ Nº total de pacientes estudiados*100 | >90% y mantiene al menos cifras de 2011 | Se incluirán los que utilicen escalas Norton u otras validadas (Braden o Emina). Si meta no alcanzada implantar acciones de mejora. |
| 3.b.11.- Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios | Nº protocolos disponibles/ Nº total de protocolos establecidos* 100 | 100% | Protocolos de seguridad establecidos: 1.- Protocolo para la prevención de TVP y TEP; 2.- Protocolo del manejo del paciente con dolor 3.- Protocolo de prevención de caídas. |
| 3.b.12.- Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico | Nº protocolos disponibles/ Nº total de protocolos establecidos* 100 | 100% | *1. Procedimiento normalizado de Inmovilización Terapéutica (también denominada contención mecánica o contención física), con auditoría bianual. 2. Protocolo de prevención de conductas suicidas, en Unidades de hospitalización psiquiátrica, con auditoría anual |
| 3.b.13.- Desarrollar actuaciones para la implantación y verificación de Sistemas de Gestión Ambiental. | %pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria | 100% | Garantizar a pacientes con potencial riesgo suicida, la necesaria continuidad asistencial, asegurándose una cita para el seguimiento ambulatorio en el Servicio de Salud Mental de referencia en el plazo máximo de una semana tras el alta hospitalaria |
| 3.b.14.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna | Nº de actuaciones realizadas | Avanzar una fase completa, respecto a la que se encuentran a cierre del 2011. | Desarrollar actuaciones para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental, de acuerdo al despliegue de las fases contempladas I, II, III y IV en el cuestionario de Revisión Ambiental (nov 2011). En los Hospitales que ya tengan implantada la Gestión Ambiental, desarrollar acciones de mejora y actuaciones dirigidas al desarrollo sostenible. |
| 3.b.15.- Constitución de un Comité de Atención al dolor | Nº de líneas de actuación puestas en marcha | Al menos 3 líneas | Líneas de actuación contempladas en el documento Recomendaciones de implantación de Comités |
| 3.b.16.- Elaboración de un Plan de acogida a profesionales de nueva incorporación | Sí/No | Constituido | De acuerdo a documento de recomendaciones del Servicio Madrileño de Salud |
| | Sí/No | Sí | De acuerdo a las recomendaciones del Servicio Madrileño de Salud para la elaboración de planes de acogida |

| 2.- Indicadores de espera quirúrgica y de consultas | | | |
|--|---|---|---|
| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES |
| a) Demora máxima de los pacientes en espera estructural | Nº de pacientes en espera estructural con demora > 30 días el último día de cada mes | 0 | Se obtendrá de RUIEQ |
| b) Espera máxima para consultas externas | Nº de pacientes en espera de primera consulta con demora > 40 días el último día de cada mes | 0 | Se obtendrá de SICYT |
| c) Espera máxima para mamografía, resonancia, ecografías, ecocardiografías y endoscopias digestivas | Nº de pacientes en espera de cada prueba con demora > 40 días el último día de cada mes | 0 | Se obtendrá de SICYT |
| 3.- Indicadores de calidad y atención al paciente | | | |
| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES |
| a) CALIDAD PERCIBIDA (a continuación ver desarrollo de este apartado) | | | |
| 3.a.1.- Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias | % de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias | Máx. valor grupo | Fuente: Encuesta de satisfacción 2012 SERMAS |
| 3.a.2.- Implantación de acciones de mejora en las áreas prioritizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011 | Nº de acciones implantadas | Al menos 5 | Establecer áreas de mejoras, con la participación del Comité de Calidad Percibida y que serán ratificadas por la DG. de Atención al Paciente. Fuente: Informe del centro de los proyectos de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores Una de estas líneas será de Participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité y otra para mejorar la satisfacción con los servicios de urgencias. El resto de líneas podrá elegirse entre las siguientes: |
| 3.a.3.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida | Nº de líneas de actuación puestas en marcha | Al menos 4 líneas | <ul style="list-style-type: none"> • Difusión de las actividades del comité (sesiones, boletines, correos, ...). • Formación de profesionales en calidad percibida. • Colaboración/participación con la Comunidad (p.e. residencias de mayores, asociaciones de pacientes, etc.). • Mejora de la información a pacientes y familiares. |
| b) Seguridad paciente y gestión de calidad (a continuación ver desarrollo de este apartado) | | | |
| 3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro | Nº de objetivos establecidos | Al menos 5 | Objetivos de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012 del Servicio Madrileño de Salud. Al menos 1 objetivo será sobre informar y promover la participación del paciente en seguridad. Cada objetivo debe tener responsable, indicador, meta |
| 3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades. | Nº de servicios o unidades con responsables de SP/ Nº total de servicios prioritarios | 100% Unidades/Servicios prioritarios | De acuerdo a la Estrategia de SP 2010-2012 para promover la participación e implicación de los profesionales. Se consideran servicios prioritarios a incluir: UCI, urgencias, cirugía, anestesia, obstetricia, neonatología y farmacia. |
| 3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los servicios | Nº de servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad/Nº total servicios clínicos | >70% | Sesiones docentes de seguridad en cada uno de los servicios clínicos |

| | | |
|---|--|---|
| c) Información y atención al paciente | | |
| 3.c.1.-Acciones de mejora desarrolladas en las áreas prioritizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones. | Nº de acciones de mejora desarrolladas. | Al menos 3 |
| 3.c.2.-Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles. | Nº de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles, en relación al nº total de reclamaciones por Gerencia. | 100% |
| 3.c.3.-Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo. | Nº de reclamaciones contestadas según el manual de estilo elaborado por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de reclamaciones por Gerencia. | 100% |
| 3.c.4.-Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes. | Nº de Guías de Acogida puestas a disposición de pacientes ingresados en relación al total de pacientes ingresados. | 100% |
| 3.c.5.-Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial. | Nº de protocolos de información clínica implantados en los que conste: ubicación, horario y profesionales responsables por cada servicio médico y quirúrgico en hospitalización en relación con el total de servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización. | Implantación en el 100% de los servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización. |
| 3.c.6.-Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes. | Nº de Guías de Información al Alta entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación con el total de altas de hospitalizaciones producidas. | Entregar al 100% de las altas de hospitalización la Guía de Información al Alta. |
| 3.c.7.-Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos. | Nº de Guías de Atención al Duelo entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de éxitus producidos. | Entregar al 100% de éxitus producidos la Guía de Atención al Duelo. |
| 3.c.8.-Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario. | Sí/No | Creación del registro |
| d) Autoabastecimiento de comparación hospitalaria | | |
| Mortalidad | Tasa ajustada de mortalidad | < media grupo |
| Complicaciones | Tasa ajustada de complicaciones | < media grupo |
| Infcción nosocomial | Prevalencia de infección nosocomial | <=6,6 |
| | Incidencia de ILQ en cirugía de prótesis de cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1 | 2-2,7 |
| d) Autoabastecimiento de bolsas de sangre | Donación/ Transfusión | >=65% |

| 4.- Indicadores de continuidad asistencial | | | |
|---|--|---|--|
| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES |
| 4.a) Porcentaje pruebas disponibles Primaria | Nº de Pruebas del catálogo disponibles para A. Primaria / Nº de Pruebas accesibles del catálogo | 100% | |
| 4.b) Nº especialidades con especialista consultor implantado | Nº de Especialidades con especialista consultor implantado | ≥ 2 | Deberá constar un Procedimiento escrito, consensuado con AP, en el que conste los canales de comunicación y sistema de evaluación |
| 4.c) Porcentaje sospecha malignidad (SM) evaluadas | Número de SM remitidas sin cita, que se han evaluado / Número de SM sin cita remitidas *100 | 100% | Del total de "SM" sólo se consideraran para el análisis las "Remitidas al Hospital sin cita" |
| 4.d) Porcentaje valoración previa especialista evaluadas | Número de VPE remitidas con cita de más de 15 días que se han evaluado / Número de VPE con cita de más de 15 días remitidas | ≥ 90% | Del total de "VPE" sólo se consideraran para el análisis las "Remitidas al Hospital con cita en más de 15 días" |
| 4.e) % Pacientes distintos con hepatitis C tratados con fármacos inhibidores de la proteasa y grado de fibrosis igual o menor a 2 | Numerador: Se incluirán todos los pacientes tratados con inhibidores de la proteasa en el hospital con grado de fibrosis igual o menor a 2. Denominador: Total de pacientes con hepatitis C tratados con triple terapia en el hospital | <5% | No se incluirán pacientes en ensayos clínicos |
| 4.f) Coste del tratamiento por paciente VIH adulto | Numerador: Coste acumulado a precio medio contable de antirretrovirales dispensados para pacientes VIH externos. Denominador: Paciente dispensado medio | < 8.400 € | Cumplimiento si hospitales han alcanzado el objetivo, estableciendo un margen de tolerancia del 1% |
| 4.g) % DDD Nuevos anticoagulantes orales sobre el total de anticoagulantes orales | Numerador: Nº DDD prescritas de Nuevos Anticoagulantes en el conjunto del hospital y las zonas básicas asignadas al mismo (AP+AE). Denominador: Nº DDD totales de fármacos anticoagulantes orales en el hospital y zonas básicas asignadas al mismo | Objetivo para cada hospital en función de sus datos de prescripción tanto de primaria como de especializada | El cumplimiento se valorara según la siguiente graduación: la totalidad para aquellos centros que alcancen el objetivo, la mitad para los centros que estén por encima de la media tanto en el indicador de primaria como en el de especializada. |
| 4.h) Conciliación de medicación | Presentación de una actuación que haya sido realizada a lo largo del año 2012 en la que se haya abordado la conciliación de la medicación. El trabajo se realizará sobre un área, grupo de pacientes, tipo de medicamentos, etc... que considere de especial relevancia el hospital. El formato de la actuación se ajustará a los establecido en un estudio de investigación con un objetivos, material y método, resultados, conclusiones, aplicabilidad del estudio y posibilidad de extensión a otros hospitales. | Si | Se constituirá un grupo de trabajo para la valoración de las diferentes actuaciones y la asignación de la correspondiente puntuación. Para valorar el cumplimiento se utilizarán los siguientes parámetros: Presentación de un breve resumen del mismo con objetivos, material y métodos antes del 31 de mayo: 0,15% de la valoración. Valoración de la actuación, que tendrá en cuenta tanto el esfuerzo dedicado al mismo, como la adecuación al formato de presentación obtenido, la rigurosidad en los resultados (tanto positivos como negativos) y su aplicabilidad práctica: 0,85% de la valoración. |
| 4.i) % DDD ARA-II+Aliskiren sobre el total de medicamentos para el Sistema Renina Angiotensina | Numerador: Nº DDD prescritas de Antagonistas del receptor de angiotensina y sus combinaciones o aliskiren en el conjunto del hospital y las zonas básicas asignadas al mismo (AP+AE). Denominador: Nº DDD totales de fármacos que afectan al sistema renina angiotensina | Objetivo para cada hospital en función de sus datos de prescripción tanto de primaria como de especializada | El cumplimiento se valorara según la siguiente graduación: la totalidad para aquellos centros que alcancen el objetivo, la mitad para los centros que estén por encima de la media tanto en el indicador de primaria como en el de especializada. |
| 4.j) Cumplimiento de los plazos de envío de la información sobre consumo farmacéutico | Se enviará a la Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios mensualmente el fichero informático con los datos de consumo farmacéutico según modelo establecido en objetivos_2012_H.ReyJuanCarlos | * antes del día 20 de cada mes | Real Decreto Ley 16/2012 |



Hospital Rey Juan Carlos

Balance de actividad

27 junio de 2012



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Sistemas
de Información Sanitaria

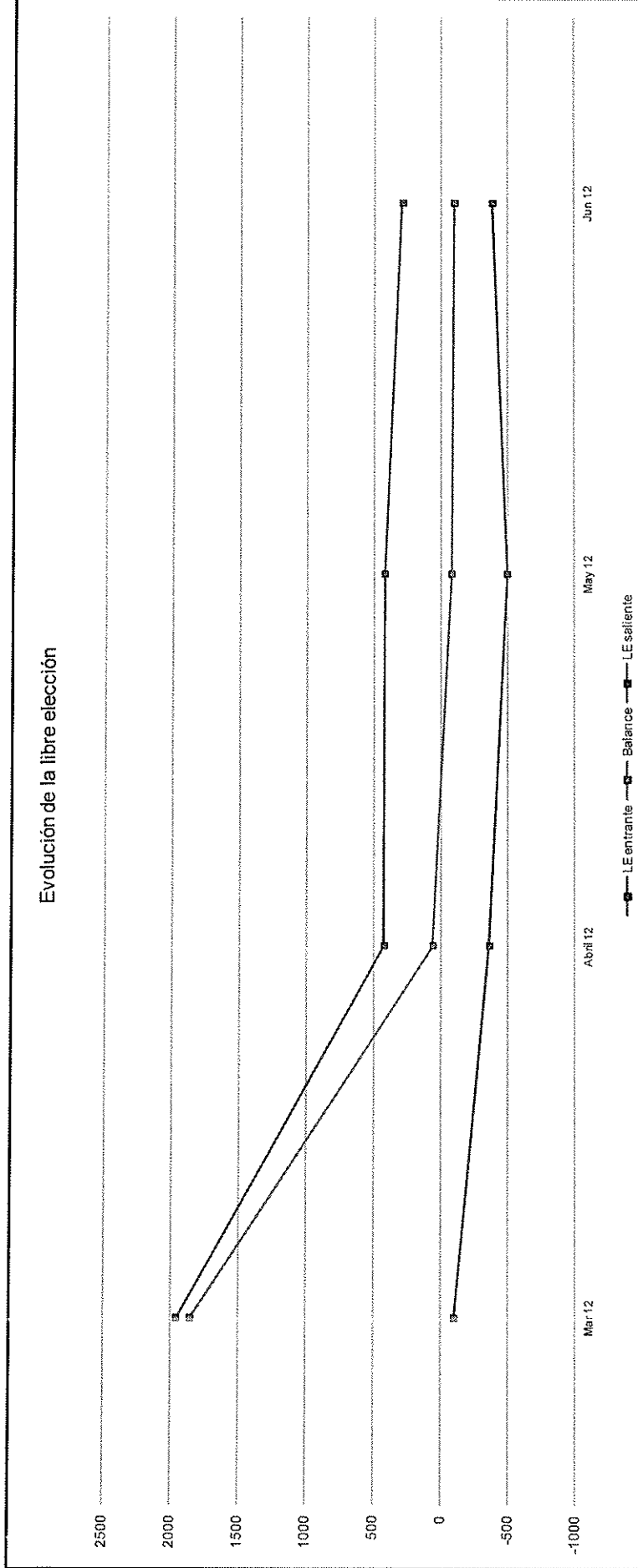


1. BALANCE LIBRE ELECCIÓN DESDE A. PRIMARIA

1. Evolución
2. Centros Hospitalarios
3. Especialidades

NOTA: datos acumulados hasta 24 de junio de 2012

Balance de LE desde Atención Primaria: Evolución



| MES | Mar 12 | Abril 12 | May 12 | Jun 12 |
|-------------|--------|----------|--------|--------|
| LE ENTRANTE | 1955 | 422 | 418 | 286 |
| LE SALIENTE | 101 | 365 | 500 | 387 |
| BALANCE | 1854 | 57 | 57 | 57 |



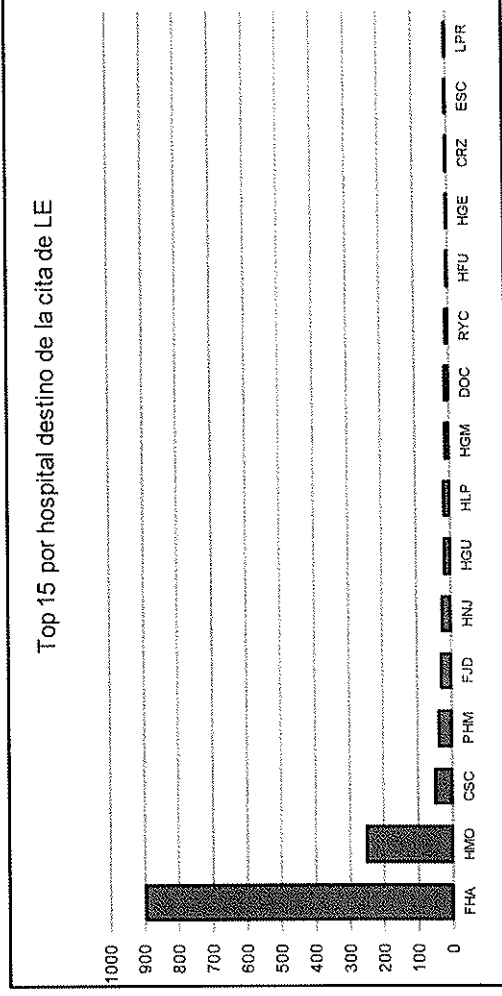
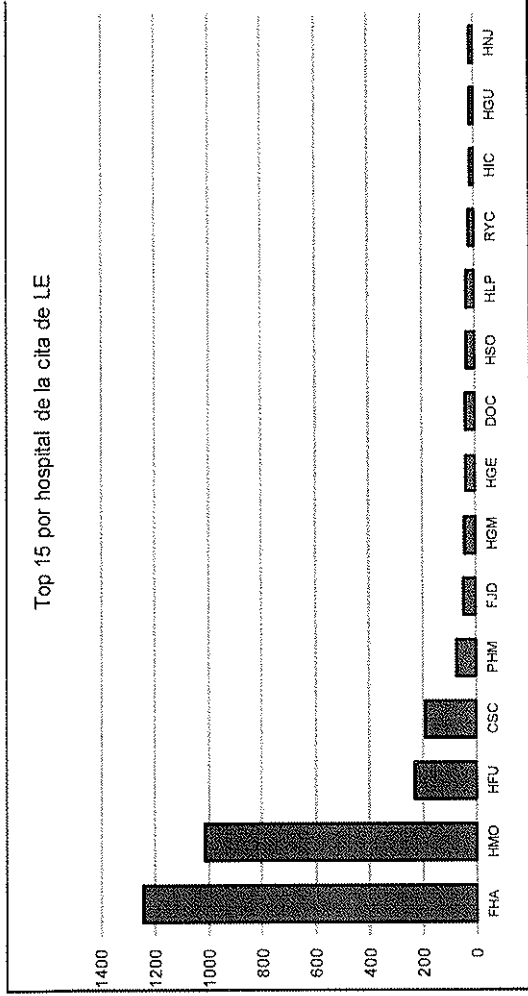
Servicio Madrileño de Salud
 Dirección General de Sistemas
 de Información Sanitaria



Balance de LE desde Atención Primaria: Hospitales



| HOSPITAL | ENTRANTE | SALIENTE | BALANCE |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN | 1242 | 892 | 350 |
| H. DE MOSTOLES | 1073 | 247 | 766 |
| H. DE FUENLABRADA | 229 | 4 | 225 |
| H. CLÍNICO SAN CARLOS | 191 | 46 | 145 |
| H. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA | 73 | 35 | 38 |
| H. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ | 46 | 26 | 20 |
| H. GREGORIO MARAÑÓN | 42 | 10 | 32 |
| H. DE GETAFE | 36 | 4 | 32 |
| H. 12 DE OCTUBRE | 35 | 9 | 26 |
| H. SEVERO OCHOA | 31 | 1 | 30 |
| H. LA PAZ | 27 | 14 | 13 |
| H. RAMÓN Y CAJAL | 17 | 6 | 11 |
| H. INFANTA CRISTINA | 14 | 2 | 12 |
| H. DEL HENARES - COSLADA | 2 | | 2 |
| H. INFANTA ELENA | 11 | 2 | 9 |
| H. DE EL ESCORIAL | 9 | 3 | 6 |
| H. INFANTA SOFÍA | 9 | 1 | 8 |
| H. PRÍNCIPE DE ASTURIAS | 7 | 2 | 5 |
| H. INFANTA LEONOR - VALLECAS | 6 | 0 | 6 |
| H. DE LA PRINCESA | 5 | 3 | 2 |
| H. TORREJÓN | 4 | 1 | 3 |
| H. DEL SURESTE - ARGANDA | 3 | 0 | 3 |
| H. DEL TAJO - ARANJUEZ | 3 | 0 | 3 |
| H. GÓMEZ ULLA | 12 | 16 | -4 |
| H. CENTRAL DE LA CRUZ ROJA | 2 | 3 | -1 |
| H. INFANTIL NIÑO JESÚS | 12 | 24 | -12 |
| TOTAL CITAS: | 3083 | 1351 | 1730 |

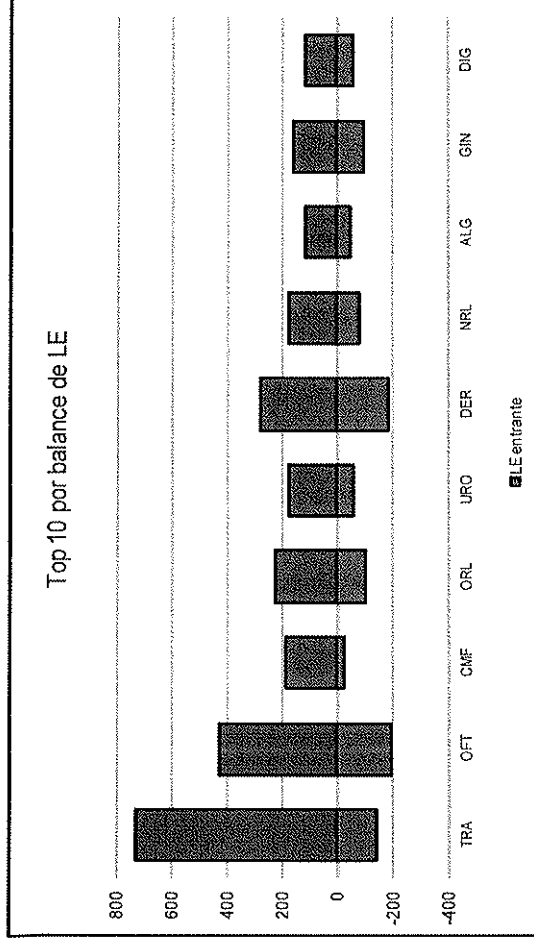


Servicio Madrileño de Salud
 Dirección General de Sistemas
 de Información Sanitaria

Balance de LE desde Atención Primaria. Especialidades



| ESPECIALIDAD | LE ENTRANTE | LE SALIENTE | BALANCE |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Alergología | 113 | 47 | 66 |
| Angiología y C. Vasculiar | 17 | 27 | -10 |
| Aparato Digestivo | 115 | 58 | 57 |
| Cardiología | 122 | 74 | 48 |
| Cirugía General y del Ap. Digestivo | 41 | 42 | -1 |
| Cirugía Pediátrica General | 36 | 5 | 31 |
| C. Maxilofacial | 187 | 29 | 158 |
| Dermatología | 282 | 184 | 98 |
| Endocrinología | 52 | 46 | 6 |
| Ginecología | 161 | 97 | 64 |
| Hematología Infantil | 6 | 0 | 6 |
| Medicina Interna | 23 | 10 | 13 |
| Nefrología | 18 | 14 | 4 |
| Neumología | 55 | 21 | 34 |
| Neurocirugía Infantil | 2 | 1 | 1 |
| Neurología | 174 | 81 | 93 |
| Obstetricia | 13 | 40 | -27 |
| Oftalmología | 425 | 197 | 228 |
| Oncología Médica Infantil | 0 | 1 | -1 |
| Otorrinolaringología | 224 | 106 | 118 |
| Pediatría AE | 11 | 8 | 3 |
| Rehabilitación Adulto | 25 | 9 | 16 |
| Reumatología | 77 | 49 | 28 |
| Traumatología | 729 | 145 | 584 |
| Urología | 173 | 62 | 111 |
| TOTAL CITAS | 3081 | 1363 | 1728 |



Resultados 2012 Indicadores de Calidad



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención al Paciente

Comunidad de Madrid

| INDICADOR | META | Hospital Rey Juan Carlos | GRUPO 2 (media) | SERVICIO MADRILEÑO SALUD (media) |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| a) Calidad percibida | | | | |
| 3.a.1.-Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias | Máx. valor del grupo (95,0%) | 95,0% | 92,6% | 92,4% |
| 3.a.2.- Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011 | Al menos 5 acciones | NA | 6 | 6 (total: 206) |
| 3.a.3.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida (al menos una de participación de profesionales de primaria y otra para mejorar la satisfacción de urgencias) | Al menos 4 líneas de actuación | 21 | 6 | 5 (total:190) |
| b) Seguridad paciente y gestión de calidad | | | | |
| 3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro | Al menos 5 objetivos | 5 | 8 | 7 (total: 259) |
| 3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades. (Prioritarios: UCI, urgencias, cirugía, anestesia, obstetricia, neonatología y farmacia) | 100% Servicios prioritarios | 100% | 98,8% | 97,5% |
| 3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los servicios | >70% servicios clínicos con sesiones SP | 82,1% | 84,2% | 63,9% |
| 3.b.4.-Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad". | Al menos 3 (2 de ellas en UCI) | 3 | 3 | 3 (total: 108) |
| 3.b.5.- Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) | <9 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica | NA | <i>Ver datos globales SERMAS</i> | 5,49 |
| 3.b.6.-Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras. | >85% y mantiene al menos cifras de 2011. | 91,3% | 92,3% | 97,0% |

| | | | | |
|---|--|---------------------|------------------------------|---|
| 3.b.7.-Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos | Al menos 2 | 2 | 3 | 3 (total: 114) |
| 3.b.8.-Realización de actividades de formación sobre higiene de manos (En: UCI, Urgencias, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Hospital de día) | >60% profesionales de las unidades o servicios especificados | 94,6% | 62,6% | 65,1% |
| 3.b.9.-Utilización de la hoja de verificación quirúrgica | >80% de intervenciones con LVQ | 87,3% | 78,1% | 77,8% |
| 3.b.10.-Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas. | >90% y mantiene al menos cifras de 2011 | 100% | 93,3% | 97,7% |
| 3.b.11.-Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios (dolor, caídas, TVP y TEP) | Los 3 establecidos | 3 | 3 | 3 |
| 3.b.13.-Consolidar el desarrollo de planes de acción derivados de la autoevaluación EFQM | Al menos 3 | NA | 4 | 4 (total:126) |
| 3.b.14.-Desarrollar actuaciones para la implantación y verificación de Sistemas de Gestión Ambiental. | Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre 2011. | NA este año | Ver datos globales 2011-2013 | Nº de hospitales en: Fase I: 3; Fase II: 11; Fase III: 1; Certificación parcial:8; Certificación total: 11 |
| 3.b.15.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna | Al menos 3 líneas | 5 | 7 | 6 |
| 3.b.16.-Constitución de un Comité de Atención al dolor | Constituido | Sí | En 92% hospitales | En 94% hospitales |
| 3.b.17.-Elaboración de un Plan de acogida a profesionales de nueva incorporación | Sí | Sí | En 100% hospitales | En 100% hospitales |
| d) Indicadores de comparación hospitalaria | | | | |
| Tasa ajustada de mortalidad | < media grupo | No evaluado en 2011 | 3,43 (dato 2011) | |
| Tasa ajustada de complicaciones | <media grupo | No evaluado en 2011 | 5,85 (dato 2011) | |
| Infección nosocomial (Prevalencia) | Meta IN <=6,6% | NE | 6,7% | 6,3% |

NOTAS:

- En color rojo resultados que no alcanzan la meta anual establecida
- NA: No aplica
- NE: No evaluado

Servicio Madrileño de Salud

OBJETIVOS

Año 2013


Hospital Rey Juan Carlos

INTRODUCCION

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Para hacer efectivas estas funciones a nivel de sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2013, de acuerdo con los siguientes principios generales:

1. Asegurar la estabilidad financiera.
2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.
3. Garantizar la libre elección
4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.
5. Impulsar el despliegue de sistemas y tecnologías de la información.



Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, que de acuerdo con lo establecido en el Plan de Calidad del centro son de obligado cumplimiento, conjuntamente con los que específicamente establece el citado Plan.

A continuación se especifican los objetivos 2013 establecidos para el hospital:

- En primer lugar, los referidos al conjunto del Servicio Madrileño de Salud: indicadores de seguridad y calidad, farmacia, continuidad asistencial, lista de espera, atención al paciente y sistemas de información, que deberán conseguir con la explicación de sus metas, fórmulas de cálculo, aclaraciones y criterios de cumplimiento, establecidos en el Anexo que acompaña a este documento.
- En segundo lugar, los objetivos incluidos de forma específica en el Plan de Calidad del centro, que se resumen en la siguiente tabla:

TABLA: OBJETIVOS PLAN CALIDAD HOSPITAL*

| Objetivos | Cumplimiento |
|--|--------------|
| 1.- Calidad percibida por los ciudadanos | |
| a) Realización encuesta con acciones de mejora | Continuado |
| b) Gestión reclamaciones | Continuado |
| c) Actuaciones relacionadas con la atención a los pacientes (citación etc.) | Continuado |
| 2.- Modelos de calidad | |
| a) Autoevaluación EFQM | 2013-2014 |
| b) Certificación ISO 14000 | 2013 |
| c) Certificación ISO 9001 s. centrales incluida farmacia | 2013 |
| d) Calendario RSC (transparencia, desarrollo sostenible... memoria GRI bienal) | 2012-2015 |
| 3.-Gestión de procesos | |
| a) Guías, protocolos y/o vías (20 en próximos 4 años) | Mínimo 5/año |
| b) Consultas alta resolución | Ver Plan |
| 4.- Gestión de riesgos | |
| a) Desarrollar actuaciones incluidas en el Plan | Ver Plan |
| 5.- Cultura y formación | |
| a) Programa anual formación calidad | Continuado |
| b) Promover participación profesionales (objetivos calidad propios, comisiones, etc) | Continuado |
| 6.- Infraestructura calidad | |
| a) Realizar actuaciones de evaluación y seguimiento | Ver plan |
| b) Cuadro mando integral | Continuado |
| c) Memoria anual | Continuado |

* El hospital además deberá cumplir aquellos objetivos cuyo cronograma de implantación se establecía para 2012.

El hospital se compromete a cumplir estos objetivos, a lo largo del año 2013, así como a facilitar la información necesaria para su evaluación.

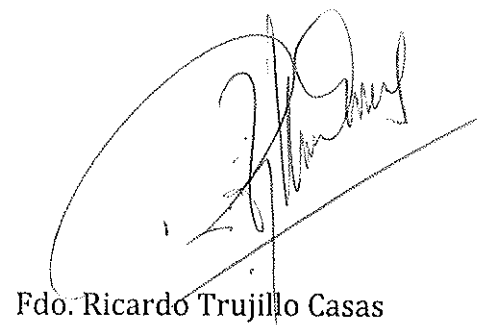
En Madrid a 4 de marzo de 2013.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria

El Director/a Gerente



Fdo. Patricia Flores Cerdán



Fdo. Ricardo Trujillo Casas

Servicio Madrileño de Salud

Año 2013

Anexo Descripción indicadores

Hospital Rey Juan Carlos

| OBJETIVOS 2013 HOSPITAL REY JUAN CARLOS | | Anexo Descripción de Indicadores | |
|--|---|--|---|
| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES |
| 1) INDICADORES DE SEGURIDAD Y CALIDAD | | | |
| 1.1.- Seguridad del paciente | | | |
| Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro | Nº de objetivos establecidos | Al menos 5 | Al menos uno sobre Seguridad en el área de urgencias y otro sobre Conciliación de la medicación. En el resto se podrá abordar: Identificación mediante pulseras; Listado de verificación del parto (en los hospitales con maternidad su valoración sí es obligatoria), coordinación interniveles, otros. En el supuesto de no incluir el LV del Parto se deberá al menos haber valorado y justificar la razón de su no inclusión. Alcanzado si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo obligatorios urgencias y conciliación, junto con al menos la valoración del LV del Parto, y también línea de promover participación de pacientes si no se cumplió en 2012. Fuente: Informe UFGR. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i> |
| Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades. | Nº de servicios clínicos con responsables de SP/ Nº total de servicios clínicos | 90% Servicios clínicos | De acuerdo a la Estrategia de seguridad del paciente, para promover la participación e implicación de los profesionales. Se consideran servicios prioritarios los servicios clínicos Alcanzado si se han implantado en 90% servicios clínicos (siendo obligatorios los prioritizados en 2012) y Farmacia (este último también prioritario en 2012). Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i> |
| Promoción de la seguridad clínica en los servicios | Nº de servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad/ Nº total servicios clínicos | >75% | Sesiones de seguridad en cada uno de los servicios clínicos Alcanzado si >75%. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i> |
| Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad". | Nº de reuniones o visitas realizadas | Al menos 4 (1 de ellas en UCI y otra en urgencias) | Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes y/o Directores) y que se realicen de acuerdo al documento de recomendaciones remitido desde la DG. de Atención al Paciente. Alcanzado si se realizado al menos 4 "rondas" de seguridad, debiendo ser 1 de ellas en UCI y otra en urgencias. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i> |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|--|--|--------------------------------------|---|---|
| Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en pacientes críticos (UCI) | Densidad de incidencia de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC) y Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) | <=8 NAV y <3 bacteriemias | De aplicación en aquellos hospitales que tengan UCI de adultos | Alcanzado si <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días. Dato global del hospital (incluye todas las unidades que participen). Fuente: ENVIN HELICS. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i> |
| Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos | Nº de planes de mejora implantados | Al menos 2 (1 de ellos de formación) | Realización de la autoevaluación con herramienta de OMS y desarrollo de planes de acción que aborden las áreas de mejora detectadas (componentes con puntuación <80). | Alcanzado si se realiza autoevaluación y puesta en marcha de >= 2 planes de mejora, uno de ellos sobre formación de profesionales. Fuente: informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i> |
| Utilización de la hoja de verificación quirúrgica | Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas*100 | >85% | A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas | Alcanzado si >85% intervenciones con check-list. Fuente: informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i> |
| Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas. | Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras/ Nº total de pacientes estudiados*100 | >95% | Se incluirán los que utilicen escalas Norton u otras validadas (Braden o Emina). | Alcanzado si >95%. Fuente: informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i> |
| Existencia de protocolos de seguridad del paciente (SP) establecidos como prioritarios | Nº protocolos de SP prioritarios disponibles | 2 | Protocolos de seguridad establecidos como prioritarios.1. Protocolo/normas para asegurar la comprensión de órdenes verbales. 2. Protocolo de profilaxis antibiótica. | Alcanzado si el hospital dispone de los 2 protocolos actualizados (elaborados y/o revisados en 3 últimos años). También los prioritarios de dolor y TVP/TEP si no se cumplieron en 2012. Fuente: informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i> |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|---|---------------------------------|--|--|
| Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico | Nº protocolos de salud mental prioritarios disponibles | 3 | Protocolos establecidos como prioritarios 1.- Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adulto. 2.- Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil. 3.- Protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas. | Alcanzado si el hospital dispone de los 3 protocolos. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| | Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria / Total pacientes que han realizado tentativa de suicidio | 100% | Numerador: Pacientes citados ARSUIC en plazo inferior a una semana. Tiempo transcurrido entre la fecha de alta hospitalaria (urgencias, UHB o interconsulta), y la fecha efectiva de citación en el Centro de Salud Mental correspondiente, o consulta específica para pacientes con riesgo suicida. Denominador: Total de pacientes que ha realizado tentativa autolítica | Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 70-99% y <70%. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| 1.2. Indicadores de comparación hospitalaria | | | | |
| Mortalidad | Ratio de mortalidad estandarizada | <=1 | Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información | Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Reingresos | Reingresos quirúrgicos (ajustado) | <=1 | Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información | Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Complicaciones | Complicaciones quirúrgicas (ajustado) y Prevalencia de infección nosocomial (valor puntual con IC 95%) | <=1 | Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información | Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Infección nosocomial | Incidencia de ILQ en cirugía de prótesis de cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1 | <=6,6 | Fuente: EPINE u otros estudios de prevalencia del centro | Alcanzado si por debajo de la meta grupo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| | Bacteriemias por <i>Stafilococcus aureus</i> resistente a meticilina/100.000 estancias | 2-2,7 | Fuente: VIRAS | Alcanzado si <meta grupo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| | Bacteriemias por <i>Stafilococcus aureus</i> resistente a meticilina/100.000 estancias | 7 bacteriemias/100000 estancias | En numerador: Cualquier episodio de bacteriemia adquirida en el hospital (1 episodio por paciente), sea cual sea el foco de origen, identificado por Microbiología | Alcanzado si <meta. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|--|--------------------|---|--|
| 1.3.- Calidad percibida | | | | |
| Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en los segmentos estudiados | % de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en los segmentos estudiados | >=Media grupo | Segmentos: Hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias | Si >=Media grupo o >90%. Fuente: Encuesta de satisfacción 2013 SERMAS. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i> |
| Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2012 | Nº de acciones implantadas | Al menos 5 | Establecer áreas de mejora, con la participación del Comité de Calidad Percibida y que serán ratificadas por la DG. de Atención al Paciente. | Alcanzado si se han implantado al menos 5 acciones. Fuente: informe del centro de los proyectos de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i> |
| Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida | Nº de líneas de actuación puestas en marcha | Al menos 4 líneas | Una de estas líneas será: Conocer la opinión de pacientes y/o familiares sobre aspectos de la atención sanitaria a través de la realización de técnicas cualitativas grupales. Se darán recomendaciones desde la DG. de Atención al Paciente. En el resto de líneas se podrá abordar: Difusión de las actividades del comité; Formación de profesionales; Colaboración/participación con la comunidad; Mejora de la información a pacientes y familiares y Otras. | Alcanzado si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación, valorando específicamente la línea sobre Conocer la opinión de pacientes con técnicas grupales y también líneas de participación de profesionales de atención primaria y mejora en urgencias si no se cumplieron en 2012. Fuente: Informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i> |
| 1.4.- Gestión de Calidad | | | | |
| Realización de la autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM | Informe de autoevaluación | Informe disponible | Planificación y realización de autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM vs 2013, siguiendo pautas de la DG. de Atención al Paciente, en el segundo semestre del año | Alcanzado si informe de autoevaluación disponible o al menos realizada la planificación y fijada la fecha de la autoevaluación con el visto bueno de la Subdirección. Fuente: informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i> |

| INDICADOR | FORMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|--|--|--|--|--|
| Desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental. | Nº de actuaciones realizadas/actuaciones previstas | Avanzar una fase completa, respecto a la que se encuentran a cierre del 2012 | Desarrollar actuaciones para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental, de acuerdo al despliegue de las fases contempladas I, II, III y IV en el cuestionario de Revisión Ambiental En los Hospitales que ya tengan implantada la Gestión Ambiental, desarrollar acciones de mejora y actuaciones dirigidas al desarrollo sostenible. | Alcanzado si avance de fase. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i> |
| Monitorización de indicadores de gestión ambiental | Consumo de agua (m3/semestre/estancia) Consumo de electricidad (Kg/semestre/m2) | p25-p75 | Se remitirán fichas desde la DG. de Atención al Paciente con la descripción del indicador, fórmula y rango establecido (percentiles 25 y 75 de los valores del Servicio Madrileño Salud) | Alcanzado si dentro del rango establecido. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i> |
| Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna | Nº de líneas de actuación puestas en marcha | Al menos 4 líneas | Líneas de actuación contempladas en el documento Recomendaciones implantación de Comités del Servicio Madrileño de Salud | Alcanzado si >=4 líneas de actuación. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i> |
| Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor | Nº de líneas de actuación puestas en marcha | Al menos 5 líneas | Entre estas líneas de actuación al menos contemplar: Evaluación del dolor; Atención al dolor agudo; Atención al dolor crónico. | Alcanzado si >=5 líneas de actuación, 3 de las cuales hacen referencia a evaluación del dolor, atención dolor agudo y atención dolor crónico. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i> |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|--|---|------------------|---|---|
| 2) INDICADORES DE FARMACIA | | | | |
| Coste del tratamiento por paciente VIH adulto | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | ≤ 8.200 € | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | |
| % pacientes distintos con Hepatitis C tratados con fármacos IP y grado de fibrosis < 2 | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | |
| Cumplimiento de una selección de indicadores 2013 del manual de farmacia | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | Ver cumplimiento | Se incluyen los siguientes indicadores: % Omeprazol; Coste biológicos en artropatías; Coste biológicos en psoriasis; Coste biológicos en EII. Ver Manual de Indicadores de Farmacia y tarifas del año 2013. | Artropatías (t. biológica) objetivo anual ≤ 9.600 € objetivo mensual ≤ 800 €; Psoriasis en placa (t. biológica) objetivo anual ≤ 12.050 € objetivo mensual ≤ 1.004 €; Enf Inflammatoria intestinal (t. biológica) objetivo anual ≤ 13.205 € objetivo mensual ≤ 1.100 € |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|---|--|--|--|
| 3) INDICADORES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL | | | | |
| Nº especialidades con especialista consultor | Nº de Especialidades con especialista consultor implantado | ≥ 25% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor | Deberá constar un Procedimiento escrito, consensuado con AP, en el que conste los canales de comunicación y sistema de evaluación | Se considera alcanzado cuando conste registro ≥ 25% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor |
| Porcentaje sospecha malignidad (SM) evaluadas | Número de SM remitidas sin cita, que se han evaluado / Número de SM sin cita remitidas *100 | 100% | Del total de "SM" sólo se consideraran para el análisis las "Remitidas al Hospital sin cita" | Se considera alcanzado si la cifra es igual al 100%. |
| Porcentaje valoración previa especialista evaluadas | Número de VPE remitidas con cita de más de 15 días que se han evaluado / Número de VPE con cita de más de 15 días remitidas | ≥ 90% | Del total de "VPE" sólo se consideraran para el análisis las "Remitidas al Hospital con cita en más de 15 días" | Se considera alcanzado si la cifra es igual o superior al 90%. |
| Existencia de procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros | Si/No | Sí | Deberá constar un Procedimiento escrito y consensuado con AP. | Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro. |
| Implantación del informe al alta de enfermería y procedimiento de envío | % de implantación | 100% | Deberá constar documento donde se especifique el procedimiento de envío. | Alcanzado si=100% o cumplimiento > 80% con propuesta de Plan de Mejora. Fuente: informe del centro. |
| Constitución del grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia | Si/No | Sí | Incluirá el registro de un mínimos de tres reuniones anuales y al menos un protocolo común en un área de interés a definir por el grupo. | Alcanzado con registro de la Constitución del grupo. Fuente: informe del centro. |
| Conciliación de medicación | Implantación de una de las prácticas prioritarias que se establezcan por el Servicio Madrileño de Salud. | | | |
| % DDD Ara II + Aliskiren sobre el total de medicamentos para el Sistema Renina Angiotensina | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | |
| % DDD Nuevos anticoagulantes orales sobre el total de anticoagulantes orales | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | | Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013. | |

[Handwritten signatures]

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|--|--|------------|--|--|
| 4) INDICADORES DE ESPERA | | | | |
| Demora máxima de los pacientes en espera estructural | Nº de pacientes en espera estructural con demora > 30 días el último día de cada mes | 0 | | |
| 5) INDICADORES DE ATENCIÓN AL PACIENTE | | | | |
| Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones. | Nº de acciones de mejora desarrolladas. | Al menos 3 | Al menos 3 áreas de mejora en activo durante 2013. La información será ratificada por la DG. Atención al Paciente. | Alcanzado si al menos 3 acciones. Fuente: informe del centro que incluirá, como mínimo áreas priorizadas y las acciones de mejora propuestas Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles. | Nº de reclamaciones contestadas <30 días hábiles/ Nº total de reclamaciones | 95% | Fuente: CESTRAK. | Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 70-95%. No cumplido: <70%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo. | Nº de reclamaciones contestadas según el manual de estilo elaborado por DG. Atención al Paciente/ Nº total de reclamaciones | 95% | Fuente: Estudio Transversal realizado por la Dirección General de Atención al Paciente. | Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 70-95%. No cumplido: <70%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes. | Nº de Guías de Acogida puestas a disposición de pacientes ingresado/ Nº total pacientes ingresados. | 95% | Deberá existir registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. Atención al Paciente. | Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |
| Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial. | Nº servicios médicos y quirúrgicos con protocolos de información clínica implantados en los que conste: ubicación, horario y profesionales responsables por cada servicio médico y quirúrgico en hospitalización en relación con el total de servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización | 95% | La Gerencia deberá contar con un informe de situación. El informe deberá incluir al menos el protocolo con los procedimientos a seguir y recogidos los puntos contemplados en la fórmula, por cada servicio médico y quirúrgico con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG de Atención al Paciente. | Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|---|------------------------------|---|---|
| <p>Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.</p> | <p>Nº de Guías de Información al Alta entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación con el total de altas hospitalizadas producidas.</p> | <p>95%</p> | <p>La Gerencia deberá contar con un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.</p> | <p>Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p> |
| <p>Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.</p> | <p>Nº de Guías de Atención al Duelo entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de éxitus producidos.</p> | <p>95%</p> | <p>Deberá existir un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.</p> | <p>Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p> |
| <p>Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.</p> | <p>Sí/No</p> | <p>Creación del registro</p> | <p>Se cumplimentará Registro de Información dirigida a pacientes. El registro al menos incluirá las siguientes variables: 1. nombre del documento; 2. objetivos del documento (ejemplos: incrementar la cobertura vacunal, mejorar el conocimiento de recursos...); 3. tipo de soporte: póster, díptico...; 4. servicio promotor; 5. Visto bueno de la Comisión Técnica de Coordinación de la Información *, ya sea central o local (sí o no). Fecha del visto bueno, en su caso; 6. fecha de inicio de difusión; 7. fecha de retirada o revisión. * La Comisión Técnica de Coordinación de la Información se constituirá en los hospitales a lo largo del año 2013; ya sea incluida en la Comisión de Calidad Percibida (preferiblemente), ya sea como Comisión independiente, según decida el centro sanitario.</p> | <p>Alcanzado si registro creado, contemplando las variables establecidas Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p> |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|--|--------------------------------------|--|---|
| <p>Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)</p> | <p>Nº de acciones de mejora implementadas. Debe constar, para cada una de ellas: Problema detectado - Acción de mejora implementada - Objetivo de la acción de mejora Explicitar cómo se va a evaluar la acción de mejora</p> | <p>Al menos 3 acciones de mejora</p> | <p>Las acciones de mejora se referirán a los siguientes ámbitos en cuanto a la atención al paciente oncológico: 1. Gestión de citas. 2. Consejos nutricionales 3. Continuidad asistencial. 4. Autocuidado. 5. Voluntariado, etc... aspectos que contribuyen a mejorar la calidad percibida por el paciente y sus allegados</p> | <p>Alcanzado si se han implementado al menos 3 acciones, valorando otros niveles de cumplimiento si <3. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p> |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|--|-----------------|---------------|---|---|
| 6) INDICADORES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN | | | | |
| 6.1.- Actualización del PLAN DE CONTINUIDAD DEL SERVICIO | | | | |
| Realización del diagnóstico de seguridad 2013 | Sí/No | Sí | Análisis de riesgos de acuerdo a las directrices de la OSSI (Oficina de Seguridad de Sistemas de Información de la DGSIS) | Alcanzado 100% si realizado el diagnóstico |
| Definición tiempos recuperación (RTO/RPO) para nuevos sistemas | % sistemas | >90% sistemas | El ámbito serían los "nuevos sistemas", respecto de los sistemas para los que ya se definieron tiempos de recuperación en el 2012, en ese caso. Si en el 2012 no se cumplió con este objetivo, el ámbito serían todos los sistemas. | 50% de ponderación si >30% sistemas. Alcanzado 100% ponderación si >90% sistemas. |
| Actualización del Plan de Contingencia | Sí/No | Sí | Inclusión al menos de los tres protocolos y procedimientos contingencia básicos (urgencia - consulta y hospitalización) y Completado y verificado DGSIS. Los servicios críticos deben disponer del plan completo y en todo caso al menos el 70% de los sistemas deben tenerlo | Si inclusión de al menos los tres protocolos y procedimientos de contingencia básicos establecidos: 50% de la ponderación. Si además completado y verificado.DGSIS 100% de la ponderación |
| Aprobación y comunicación de nuevas versiones de los planes | Sí/No | Sí | Las versiones actualizadas deben ser firmadas por dirección y comunicadas a todo el personal del centro | Si firmado por dirección: 50% de la ponderación. Si además comunicado a todo el personal del centro: 100% ponderación. |
| Pruebas del Plan | Nº pruebas | 2 | 1 prueba semestral | Alcanzado 50% si 1 prueba; 100% si >= 2 pruebas/año |
| Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial | Sí/No | Sí | En su caso se presentarán las modificaciones realizadas para actualizar el Plan al 2013 | Alcanzado 100% si presentación |
| 6.2.- Mejoras en el ámbito de la Seguridad de la Información | | | | |
| Auditorías de accesos a los sistemas | % de auditorías | >90% sistemas | Supervisión accesos a los sistemas de información | Alcanzado 100% si >90% sistemas |
| b.2) Unidad independiente gestión seguridad | Sí/No | Sí | Independiente de la función TIC. Responsable de seguridad nombrado. | Alcanzado 100% si responsable seguridad |
| Presentación del Plan de Seguridad TIC en sesión de la Junta-Técnico Asistencial | Sí/No | Sí | | Alcanzado 100% si plan presentado |
| Conformidades en las auditorías LOPD | Sí/No | <= 4 | Las no conformidades se refieren a las resultantes de auditorías LOPD realizadas durante el año. | Alcanzado si el nº de no conformidades es <= que la meta. |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|-------------------|------|--|--|
| Actuaciones de seguridad en Puesto de Trabajo | Si/No | >=2 | Se considerará toda actuación durante el año que contemple al menos el 80% de la base instalada de Puestos de Trabajo en activo. | Alcanzado si se cumple la meta. |
| Iniciativas Comité de Seguridad | Si/No | >=3 | Nº de iniciativas promovidas o ejecutadas por el Comité de Seguridad con conocimiento y aceptación por parte de la Gerencia del Centro | Alcanzado si se cumple la meta. |
| 6.3.- Actualización del PLAN DE ACTUACIONES TIC_2013 | | | | |
| Completar y entregar la planificación de actuaciones 2013 | Si/No | Sí | De acuerdo al modelo establecido por la DGSIS y validado por el Comité de Dirección del Centro | Alcanzado 100% si planificación de actuaciones |
| Previsión/planificación de necesidades de inversión/gasto del Plan de Actuaciones | Si/No | Sí | Cumplimentar la información sobre previsiones de gasto e inversión en TIC 2013 en el Plan de Actuaciones TIC del año | Alcanzado 100% si cumplimentada |
| Implementación de los proyectos corporativos | Si/No | Sí | Se valora la preparación y presentación de los planes de los proyectos TIC del hospital que se deriven de los proyectos corporativos del SERMAS en materia de Sistemas de Información. | Se considerará cumplido si se han presentado a la DGSIS todos los planes para los proyectos TIC del hospital que se deriven de los proyectos TIC corporativos del SERMAS |
| Número de iniciativas de mejora e innovación. | Nº de iniciativas | 3 | Mínimo 3 iniciativas de mejora. | Alcanzado 100% si >= 3, y se realizará un cálculo lineal para valores inferiores |
| Número de acciones formativas personal técnico. | Nº de acciones | 3 | 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 realizará un cálculo lineal para valores inferiores |
| Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial y en comisiones clínicas | Nº de sesiones | 4 | En la Junta y en al menos 3 Comisiones clínicas | Alcanzado 100% si >= 4, y se realizará un cálculo lineal para valores inferiores |
| Participar desde el ámbito TIC en grupos de trabajo de los Planes Estratégicos de Especialidades. | Si/No | Sí | Participar desde el ámbito TIC en grupos de trabajo de los Planes Estratégicos de Especialidades | Alcanzado 100% si se ha participado |
| Revisión anual del nivel de adopción del EMRAM ("HIMSS Analytics Europe"). | Si/No | Sí | Historial Clínico Electrónico (EMRAM) | Alcanzado 100% si cumplimentación evaluación |

| INDICADOR | FÓRMULA | META | ACLARACIONES | CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|
| 6.4.- Control y administración de la actividad TIC y uso de los sistemas de información | | | | |
| Mantenimiento periódico del inventario de Puestos de Trabajo, Servidores, Comunicaciones, Sistemas de Información, y Contratos de Mantenimiento | % de comunicaciones formales a la DGSIS del inventario indicado, convenientemente actualizado a la fecha, respecto de la meta | Enviar inventario actualizado de cada mes del año | Se considerará enviado el inventario del mes si se hace (a la DGSIS) durante la primera semana del mes siguiente | Si se ha enviado todos los meses en plazo se considera alcanzado. En otro caso, se ponderará por el nº de veces enviado en plazo dividido entre 12 mensualidades. |
| Gestión correcta de los usuarios de los sistemas de información | En base al % de problemas relativos a una incorrecta gestión de usuarios, respecto de la meta (máximo permitido) | Máximo permitido: 12 al año | Se considera "problema relativo a una incorrecta gestión de usuarios" todo aquel conocido por la Oficina de Seguridad, y cuyo diagnóstico conforme a las reglas establecidas o buenas prácticas dictadas por la DGSIS, determine que se trata de un problema derivado del incumplimiento de dichas reglas o buenas prácticas. | Si durante el año no se ha identificado ningún problema relativo a una incorrecta gestión de usuarios, se considera alcanzada la meta. La puntuación será cero si se ha superado el tope máximo de problemas permitidos. Entre cero y dicho máximo permitido, la puntuación obtenida será lineal. |
| Despliegue y uso de certificados digitales | En base al % de extensión de los certificados digitales en las aplicaciones que lo requieran. | 100% en aplicaciones que lo requieran | No se considerarán en el cómputo los certificados necesarios que no hayan sido proporcionados por terceras partes según los acuerdos a los que se llegue en cuanto al suministro de los certificados digitales | Si la extensión es el 100% se considera alcanzado. En otro caso, el % de cumplimiento es lineal hasta cero puntos (no se ha implantado ningún certificado). |
| Utilización de los sistemas por los usuarios que potencialmente deben tener acceso a los mismos | Sí/No | 80% para Horus. 100% para Cuadros de Mando | Se mide el % de usuarios efectivos de las aplicaciones seleccionadas, respecto de los usuarios potenciales de las mismas. | Pesos: horus 50%, Cuadros de Mando 50%. Se considera cumplido si el % de usuarios efectivos respecto de los potenciales supera la meta. |




LISTA DE CONTROL DE DOCUMENTACIÓN
HOSPITAL DE MOSTOLES
Feb. 2013

INDICE

- 0 Obligaciones Generales PCAP/PPTTE
- 1 Restauración
- 2 Mantenimiento
- 3 Limpieza
- 4 Lavandería
- 5 Seguridad
- 6 Residuos
- 7 Viales y Jardines
- 8 Esterilización
- 9 DD
- 10 Almacenes
- 11 Apoyo Administrativo
- 12 Traslado pacientes
 - Explotaciones comerciales

OBLIGACIONES GENERALES HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

| | OBLIGACIONES GENERALES DEL PCAP Y DEL PPTTE | Procedencia | Comentarios |
|-------|---|---|--|
| 00 | DOCUMENTACION GENERAL | | |
| 00.01 | Funcionamiento de la SC | | |
| | Cronograma de Actuación para la puesta en funcionamiento del Hospital | PCAP 9.13 (8) | |
| | Plan de Inversiones | PCAP 9.13 (8), 14.5 (2)(3)(5), Anexo XIII | Entrega inicial para los 4 primeros años de la concesión y cada 4 años una nueva propuesta. Se formulará en programas anuales. |
| | Memorias y protocolos relativos a la prestación de los servicios no sanitarios | PCAP 9.13 (8) | |
| | Plan de Identidad Visual del Hospital y del Centro de Especialidades | PCAP 9.13 (8), PPT 3.1 | |
| | Información de carácter económico, técnico y asistencial | PCAP 9.1.5 (1) | En la forma y plazos que la Admon. determine en cada momento |
| | Capital social | PCAP 9.2.1 (3) | Como mínimo no inferior al 10% de la Inversión Total (presupuesto de ejecución de las obras, instalaciones, mobiliario, equipamiento médico-sanitario, equipamiento informático) |
| | Libros, cuentas, balances y demás documentos incluidos los de naturaleza fiscal | PCAP 9.21 (10), 9.2.5 (3) | Para examinar, comprobar o auditar estos documentos de la SC o relativos a ella. Las cuentas incluirán una cuenta de resultados por cada actividad, especificando las reglas de imputación de los ingresos y gastos que asignen para establecer dichas cuentas separadas. El régimen previsto en el presente apartado deberá adaptarse por la Sociedad Concesionaria, atendiendo a las particularidades existentes en el caso de que se ejercite la opción de constituir una Sociedad de servicios residenciales |
| | Comunicación y solicitud de aprobación de transmisión de acciones | PCAP 9.2.2 | Debe incluir la notificación de la identificación de las acciones que se transmiten, el negocio jurídico por el que se articula la transmisión y la identificación del adquirente |
| | Documentación por cesión de contrato | PCAP 9.2.2 | |
| | Reglamento de funcionamiento de la Comisión Mixta | PCAP 23 (2) | |
| | Auditorías | | |
| | Auditorías financieras de carácter global | PCAP 9.1.7 (1), 9.2.6 (1) | El primer ejercicio obligatorio de realización de las auditorías financieras al cierre de su ejercicio social será aquél en el que se formalice el contrato |
| | Auditorías financieras separadas en relación con las prestaciones: | | |
| | i) Atención sanitaria | PCAP 9.2.6 (2) | |
| | ii) Prestación de servicios residenciales y complementarios no sanitarios y tareas de const., adecuación, mantenimiento, adaptación y obras de reforma de las infraestructuras sanitarias | PCAP 9.2.6 (2) | |
| | 0,5% del precio anual del contrato para auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados | PCAP 9.1.7 (2), 9.2.6 (3) | Poner a disposición del órgano de contratación en 15 días desde el requerimiento de la Admon. |
| | Auditorías operativas | PCAP 9.1.7 (1) | A definir |
| | Auditorías de calidad y disponibilidad | PCAP 9.1.7 (1) | A definir |
| | Escrito a la Administración comunicando la intención de celebrar subcontratos y Declaración Responsable del subcontratista | PCAP 16.1 (4) | Para subcontrataciones de prestaciones accesorias no anunciadas en la oferta |
| | Solicitud de autorización expresa de la Admon. sanitaria para la subcontratación de servicios sanitarios accesorios | PCAP 16.1 (5) | |
| | Libro de Subcontratación | PCAP 16.1 (8) | Según artículo 8 de la LRSSC (Ley 32/2006 de 18 de octubre reguladora de la Subcontratación en el Sector de la Construcción) y 13 a 16 del Real Decreto 1.109/2007 de 24 de agosto |
| | Proponer oportunidades de explotación adicionales | PCAP 20 (4) | |

OBLIGACIONES GENERALES HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

| 00.02 Calidad | | | |
|------------------------|--|--|--|
| | Plan Asistencial | PCAP 14.3. Anexo V del PPT | En Anexo V del PTR se detalla el contenido del Plan |
| | Plan de Calidad | | Entrega inicial para los 4 primeros años de la concesión y cada 4 años una nueva propuesta. Su desarrollo operativo será anual. En Anexos IV y V del PPT se detalla el contenido de los Planes. Dentro del Plan de Gestión se desarrollan y presentan a la Admon.: |
| | Plan de Gestión | PCAP 9.1.3 (8) y (10), 14.3 (2), Anexos IV y V del PPT | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Plan de actuación de sistemas y tecnologías de la información a los 6 meses de la firma del contrato ◆ Proyecto de Mobiliario y Equipamiento a los 12 meses de la firma de contrato. ◆ Plan de Inversiones a los DOCE (12) meses de la firma de contrato. ◆ Plan de Identidad Visual del Hospital y del Centro de Especialidades a los 18 meses de la firma del contrato ◆ Memorias y Protocolos relativos a la prestación de los servicios complementarios no sanitarios. |
| | Plan de Actuación en materia de Sistemas y Tecnologías de la Información | PCAP 9.1.3 (8), 9.1.4 (8), 14.4(1), 14.10.1A.e. | Mantenerlo actualizado y cada 4 años una nueva propuesta. |
| | Encuestas de satisfacción a pacientes y personal que presta servicios | PPT 3.1 | El resultado se trasladará a la Admon. Sanitaria |
| | Informes sobre funcionamiento de los servicios prestados por la SC o empresas contratadas | PPT 3.1 | |
| | Acreditación UNE 81900 PRL | PCAP 14.7(7) | |
| | Acreditación ISO 9002 EFQM | PPT 3.1 | Mantener dicha certificación a lo largo de la duración del servicio. |
| 00.03 Recursos Humanos | | | |
| | Plan de Formación Continuada (PFC) | PSTE Punto 3.1. | |
| | Uniformidad e identificación | PSTE Punto 3.1. | |
| 00.04 Seguros | | | |
| | <i>Seguros de explotación.</i> | 14.10.1A.f. | |
| | Seguro de Responsabilidad Civil Profesional / Patrimonial; de Explotación / Patrimonial; Responsabilidad patronal o por Accidente de Trabajo | PCAP 9.1.3.7, Anexo XII, 9.1.8 (7), 14.8 | desde la puesta en funcionamiento |
| | Seguro de Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria, respecto de Vehículos de Motor | PCAP 9.1.3.7, Anexo XII, 9.1.8 (7), 14.8 | |
| | Póliza de Seguros del Servicio Madrileño de Salud | Anexo XII, 14.8 | Opcional y no da cobertura a todos los conceptos exigidos en el PCAP |
| 00.05 Otros | | | |
| | Proyecto de Equipamiento y Mobiliario | PCAP 9.1.1 (6) | |
| | Licencias municipales y sectoriales | PCAP 9.1.1 (7), 14.1 (2), 14.10.1A.b. | Licencias de obras, reforma, actividad, funcionamiento y otras, necesarias para prestación de servicios y actividades del contrato |
| | Aplicaciones informáticas necesarias para la adecuada ejecución del objeto del contrato | PCAP 9.1.4 (1) y (5) | incluye software para funcionalidades y servicios orientados al ciudadano |
| | Información correspondiente a la prestación de servicios sanitarios | PCAP 9.1.4 (7) | en función de los plazos y necesidades del órgano de contratación durante toda la vida del contrato |
| | Información referida a las prestaciones objeto del presente contrato | PCAP 9.1.5 (2) | cunata información le sea solicitada por la Admon. Sanitaria, así como por personas, empresas u organismos por ella designados |
| | Aportar hasta un importe máximo del 2% de inversión total más IVA | PCAP 9.1.5 (4) | Para contratación de las asistencias técnicas y asesoramientos que sean considerados por la Admon. |
| | Impuestos, tasas y gravámenes fiscales sobre el objeto del contrato | PCAP 9.1.8 (1) | |
| | Libro del Edificio | PCAP 13.12(3) | |

OBLIGACIONES GENERALES HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

| | | |
|--|----------------|---|
| <p>Documentación de final de obra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planos y demás documentos necesarios para reflejar exactamente la obra ejecutada. Estos documentos se entregarán en el soporte informático que al efecto establezca la Administración. • Libro de Órdenes. • Libro de Incidencias. • Libro de subcontratación. • Homologaciones, certificados, sellos y demás garantías de los materiales o elementos colocados en obra que lo requieran o lo posean. • Características técnicas de las máquinas, mobiliario, equipos y aparatos instalados en el Hospital. • Relación valorada de mobiliario y equipamiento, tanto sanitario como no sanitario, instalados en el Hospital. • Relación valorada final de las obras ejecutadas. • Certificado final de obra. • Los proyectos de las instalaciones, verificados por los organismos competentes, boletines de luz y agua, y los planos definitivos de trazado de las mismas. • La documentación relativa al control de calidad de la obra, incluidas las pruebas finales y puesta en servicio de todas las instalaciones. | | <p>Tres copias ordenadas y encuadernadas</p> |
| <p>Acta de Inversiones</p> | | <p>Incluye el precio Final Reconocido y las inversiones realizadas y aprobadas por la Admon. para el Centro de Especialidades</p> |
| <p>Protocolos de actuación, diseño y organización y los recursos humanos y materiales que propone</p> | <p>PPT 3.1</p> | |
| <p>Métodos y manuales de Procedimientos de cada uno de los servicios no sanitarios</p> | <p>PPT 3.1</p> | |

---- No se especifica información al respecto

xxxx Cláusulas de Penalidades

| SERVICIO DE RESTAURACION | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|--------------------------|--|--|----------------------|---|
| 01 | | | | |
| | Programa de Limpieza | PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración | ---- | zonas, equipamientos e instalaciones incluidos en el programa, forma de actuación, periodicidad de la limpieza, etc |
| | Plan de implantación de un sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico) | PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración | ---- | |
| | Plan de gestión de dietas | PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración | ---- | la gestión que se proponga debe ser informatizada |
| | Fichas técnicas de los platos | PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración | ---- | |
| | Encuestas de satisfacción | PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración | ---- | |

| SERVICIO DE MANTENIMIENTO | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|---------------------------|---|---|-------------------------------|--|
| 02 | | | | |
| | Informe Anual de Mantenimiento | PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento | Anual | Formato acordado por la SC y la Admon. |
| | Programa de Mantenimiento Preventivo | | | |
| | Programa de Mantenimiento Preventivo | PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento | para cada período de 12 meses | Deben ser presentados a la Admon. al menos 4 meses antes de su puesta en ejecución. Será un programa detallado |
| | Programa de Mantenimiento Preventivo | PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento | 4 años | para edificios e instalaciones, incluyendo mantenimiento de ciclos de vida, sustituciones y mejoras previstas y programas de reposición y renovación |
| | Documentación de activos | PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento | --- | Actualizaciones correspondientes. |
| | Inventario de instalaciones, mobiliario y equipamiento de los centros | PPT Anexo VI 2. Servicio de Mantenimiento | ---- | Realizar y mantener actualizado |
| | Registro de quejas recibidas y acciones respuesta | PPT Anexo VI 2. Servicio de Mantenimiento | ---- | |
| | Encuestas de satisfacción | PPT Anexo VI 2. Servicio de Mantenimiento | --- | |

| SERVICIO DE LIMPIEZA | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------|--|
| 03 | | | | |
| | Programa de Limpieza | PPT Anexo VI 3. Servicio de Limpieza | | Por zonas con indicación de periodicidad |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ La subdivisión en zonas del Hospital a efectos de limpieza. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Programas de limpieza por zonas con indicación de su periodicidad, diaria, semanal, mensual etc. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Técnicas, procedimientos y productos a emplear en función de las zonas. | | | |
| | Protocolos y Manuales de Procedimiento | PPT Anexo VI 3. Servicio de Limpieza | en los plazos estipulados | |
| | Encuestas de satisfacción | PPT Anexo VI 3. Servicio de Limpieza | ---- | |

| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|-----------------------------------|---|---|----------------------|-------------------------|
| 04 | | | | |
| | Resultados de controles bacteriológicos de la ropa limpia | PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería | mensual | |
| | Sistema de Control de de calidad | PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería | --- | |
| | Encuesta de satisfacción | PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería | mensual | |
| | Protocolos y Manuales de Procedimiento | PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería | --- | Aprobados por la Admon. |

| SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|------------------------------------|---|--|---|--------------------------|
| 05 | | | | |
| | Plan de emergencia o catástrofes internas | PPT Anexo VI 5. Servicio de Seguridad y Vigilancia | 1 año desde la formalización del contrato | Autorizado por la Admon. |
| | Plan de catástrofes externas | PPT Anexo VI 5. Servicio de Seguridad y Vigilancia | 1 año desde la formalización del contrato | Autorizado por la Admon. |
| | Registro de todos los incidentes de seguridad acaecidos | PPT Anexo VI 5. Servicio de Seguridad y Vigilancia | diario | |

| GESTION DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|--|---|--------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 06 | | | | |
| | Autorización como gestor de residuos sanitarios | PPT Anexo VI 6. Servicio de Residuos | ---- | |
| | Sistema de prevención de Riesgos laborales | PPT Anexo VI 6. Servicio de Residuos | funcionamiento del servicio | |

| CONSERVACION DE VIALES Y JARDINES | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|-----------------------------------|--|---|----------------------|-------------------------|
| 07 | | | | |
| | Programa de mantenimiento de viales y jardines | PPT Anexo VI 7. Servicio de Viales y Jardines | trimestral | |
| | Protocolos del servicio | PPT Anexo VI 7. Servicio de Viales y Jardines | ---- | Aprobados por la Admon. |

| SERVICIO DE ESTERILIZACION | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|----------------------------|---|--|----------------------|---|
| 08 | | | | |
| | Licencia central esterilización | PPT Anexo VI 1. Servicio de Esterilización | --- | emitida por el Ministerio de Sanidad y Consumo |
| | Validación de equipos y procedimientos | PPT Anexo VI 1. Servicio de Esterilización | ---- | emitidos por el Ministerio de Sanidad |
| | Sistema de Gestión Informatizada | PPT Anexo VI 1. Servicio de Esterilización | ---- | |
| | Resultados de controles de calidad externos | PPT Anexo VI 1. Servicio de Este | mensuales | realizados por laboratorios externos autorizados, se comunicarán por escrito a la Unidad administrativa de seguimiento y control o persona en quien delegue la Admon. |
| | Sistema de control de calidad | PPT Anexo VI 1. Servicio de Este | --- | para la totalidad del proceso |
| | Stock de seguridad | | | tanto textil como de instrumental |

| 09 | DD | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|----|----|-------------|----------------------|-------------|
| | | | | |

| 10 | GESTION DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|----|---|-------------|----------------------|-------------|
|----|---|-------------|----------------------|-------------|

| | APOYO ADMINISTRATIVO: SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE, RECEPCIÓN Y CENTRALITA TELEFÓNICA | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|----|--|-------------|----------------------|-------------|
| 11 | | | | |
| | Listado telefónico actualizado | | trimestral | |
| | | | | |

| EXPLOTACIONES COMERCIALES | | Procedencia | Frecuencia Fechas | Comentarios |
|---------------------------|--|--|---|--|
| 1 | CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR | | | |
| | Lista de Precios con IVA incluido de todos los productos | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | --- | |
| | Impreso de quejas y Sugerencia | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | --- | |
| | Hojas oficiales de reclamaciones | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | --- | |
| | Certificación en la norma ISO-9000 | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | Al finalizar el 1er. año de funcionamiento del servicio | mantenerla a lo largo de la duración del contrato |
| | Carnets de manipulador de alimentos de personal | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | | |
| | Proyecto sobre seguridad e higiene | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | en un plazo máximo de 6 meses, a partir del inicio de actividad | O justificación de haberlo contratado con una consultora externa |
| | Encuestas de satisfacción | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | | |
| 2 | SERVICIO DE APARCAMIENTO | | | |
| | Encuestas de satisfacción | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | trimestrales | |
| | Carteles anunciando tarifas | PTE Apéndice Explotaciones Comerciales | --- | |