

# Servicio Madrileño de Salud

## OBJETIVOS

Año 2015

# Hospital Torrejón



## INTRODUCCIÓN

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo el titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria el encargado 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 2015, de acuerdo con los siguientes principios generales:

1. Garantizar el cumplimiento presupuestario.
2. Estimular la gestión eficiente de los recursos y servicios.
3. Desarrollar la continuidad asistencial.
4. Desplegar la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
5. Mejorar la atención a los pacientes, la seguridad y calidad asistencial, promoviendo la medición y transparencia de resultados.
6. Impulsar la innovación y el despliegue de los sistemas y tecnologías de la información.

Siguiendo estos principios, se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, siendo de obligado cumplimiento, conjuntamente con los compromisos contractuales del centro.

A continuación se especifican los objetivos 2015 establecidos para el hospital y referidos al conjunto del Servicio Madrileño de Salud, indicadores de: farmacia, asistenciales, seguridad y calidad, continuidad asistencial, información y atención al paciente y sistemas de información, que deberán conseguir.

La definición de las metas, fórmulas de cálculo, aclaraciones y criterios de cumplimiento de objetivos para el hospital, se establecen en el Anexo que acompaña a este documento.

El hospital se compromete a cumplir estos objetivos, a lo largo del año 2015, así como a facilitar la información necesaria para su evaluación.

En Madrid a                      de                      de 2015.

El Viceconsejero de Asistencia Sanitaria

El Director/a Gerente

Fdo. Manuel Molina Muñoz

Fdo. Ignacio Jesús Martínez Jover

# **Servicio Madrileño de Salud**

**Año 2015**

## **Anexo**

### **Descripción indicadores**

# **Hospital Torrejón**

**OBJETIVOS 2015**
**Anexo Descripción de Indicadores**

1.-INDICADORES DE FARMACIA				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Índice Sintético (IS)</b>	Indicadores IS	Objetivo establecido en el "Manual de Indicadores de Farmacia Hospitales 2015" para cada uno de los indicadores de actividad y coste incluidos en el Índice Sintético	El IS engloba indicadores de actividad y coste, resultados en salud y eficiencia. Indicadores IS ( <i>en paréntesis peso de cada uno de ellos sobre el índice sintético</i> ): Coste tratamiento por paciente adulto VIH (35%); % pacientes adultos tratados y con CV indetectable (6,74%); Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos (7,5%); Coste tratamiento por paciente EM-EXT Y HD PONDERADO (10,25%); Coste tratamiento por paciente Psoriasis (6,25%); Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriasica (3,25%); Coste tratamiento por paciente EII (10,13%); Coste tratamiento biológico por paciente en artritis reumatoide (17,25%); Coste tratamiento biológico por paciente ESART (3,63%)	Cada indicador se valora en función del resultado alcanzado; obteniéndose el 100% de cumplimiento si se cumple el objetivo o bien, en caso de que no se cumpla si el dato se encuentra en el primer cuartil (siendo el primer cuartil el de mejor valor y el cuarto cuartil es del peor). Los puntos de corte de los cuartiles utilizan como referencia los datos de 2014 y se pueden consultar en el Manual.
<b>% Biosimilares</b>	$\frac{\text{Importe Especialidades Biosimilares (a PVL)}}{\text{Importe Especialidades de grupos con Biosimilares comercializados (a PVL)}}$	Objetivo específico para cada hospital, en función del histórico. Si el histórico 2014 es <12% el objetivo: 12%; Si valor entre 15-35%: Se propondrá un incremento de al menos 1% en función del valor alcanzado en 2014. Hospitales con valor > o igual a 36%: Mantener.	Principios activos con Biosimilar comercializados hasta diciembre de 2014. Se excluye del indicador el Infliximab.	Si valor <5%: 0%. Cumplimiento del objetivo: 100% o bien en caso de que no se cumpla si el dato se encuentra en el primer cuartil (siendo el primer cuartil el de mejor valor y el cuarto cuartil es del peor). Los datos de los cuartiles se obtendrán a finales del año 2015 (una vez conocidos los datos de todos los hospitales)

2.- INDICADORES ASISTENCIALES				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Índice ajustado de ambulatorización</b>	$\frac{\text{Valor observado del \% de intervenciones ambulatorias}}{\text{Valor esperado}}$	0,8 - 1	Valor esperado que se obtendrá aplicando el % de ambulatorización del grupo para cada procedimiento del listado anexo, a la casuística de intervenciones del hospital. Fuente: Se obtendrá del fichero de actividad quirúrgica	El indicador se considerará 0 si el indicador es inferior a 0,8, 100% si es superior a 1, y para valores intermedios se calculará de forma lineal.
<b>Actividad de consultas externas</b>	Incremento porcentual de primeras consultas realizadas en 2015 respecto a las realizadas en 2014	3 - 5%	Fuente: Se obtendrá de SICYT	El indicador se considerará 0 si el incremento no alcanza el 3%, 100% si sobrepasa el 5%, y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.
<b>Índice funcional consultas sucesivas / consultas primeras</b>	$\frac{\text{Valor observado de la relación sucesivas/primeras}}{\text{Valor esperado}}$	1-1,15	Valor esperado se obtendrá aplicando la relación sucesivas/primeras del grupo para cada especialidad a la casuística de primeras consultas del hospital. Fuente: Se obtendrá de SICYT	El indicador se considerará 0 si el indicador es superior a 1,15, 100% si es inferior a 1, y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.
<b>Demora de la consulta de resultados</b>	Espera media de activos de los pacientes pendientes de consulta de resultados a 31-12-15.	25-45 días	Se incluirá un mínimo de 15 Especialidades. La espera se medirá entre la fecha de la primera consulta y la fecha de la consulta de resultados correspondiente. Fuente: Se obtendrá de SICYT	El indicador se considerará 0 si la espera media sobrepasa los 45 días, 100% si no llega a 25 días, y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios. Si no se dispone de información suficiente para calcular el indicador, se considerará 0.
<b>Unidad de enlace hospitalario</b>	Creación de la unidad de enlace hospitalario con grupo de especialistas referencia	SI	Existencia de un documento que identifique la actividad de la unidad de enlace hospitalario junto con el grupo de especialistas de referencia, detallando los medios de comunicación con el médico y enfermera de Atención Primaria	El indicador se considera 0 si no está disponible 31 de dic. 2015 el documento que identifique la actividad de la unidad de enlace hospitalario

Cont. 2.- INDICADORES ASISTENCIALES				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>IEMA (Índice Estancia Media Ajustada)</b>	Estancia Media Hospital (EMH)/Estancia Media del Hospital en el año anterior (EMFe)	<1	Compara, para la casuística del hospital, el funcionamiento del hospital con respecto al funcionamiento del propio hospital el año anterior. Un IEMA inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente de la unidad respecto al estándar, para la misma casuística. Un IEMA superior a 1 significa un peor funcionamiento, menos eficiente respecto al estándar, para la misma casuística.	Si es > 1 se considera 0. Si el indicador es < 1 se considera cumplido el objetivo.
<b>Triaje en urgencias</b>	Porcentaje de enfermería de urgencias acreditado en Sistema de triaje Manchester	>90%	Se considera enfermera acreditada en Sistema de triaje Manchester aquella que disponga de diploma del GET (Grupos español de triaje)	El indicador se considerará 0 si el número de enfermeras acreditadas sobre el total de enfermeras de Urgencias acreditadas es menor de 80%. Si >90% se considera 100% y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.
	Porcentaje de pacientes triados en S.U.H.	100%	Porcentaje de urgencias triadas (urgencias en las cuales consta un registro indicando el nivel de triaje) respecto al total de urgencias del año	El indicador se considerará 0 si el número de pacientes triados es menor de 90%. Si >99% se considera 100% y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.
<b>Estancia en urgencias</b>	Porcentaje de pacientes en el servicio de urgencias hospitalarias (SUH) con estancia mayor de 24 horas	<5%	Porcentaje de urgencias con estancia superior a 24 horas (urgencias en las cuales la estancia del paciente es superior a 24 horas), respecto al total de urgencias del año	El indicador se considera 0 si el % de pacientes en SUH con estancia > de 24 h es > 15%, si es < 10% cumple el 50% del valor y si es < de 5% cumplimiento 100% y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.
<b>Porcentaje codificación hospitalaria de día</b>	Codificación Hospitalaria de día	>90%	Circular SIAE	El indicador se considera cumplido si > 90 y 0 si es < 70. Se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.
<b>Monitorización de indicadores de adecuación de la demanda en laboratorio</b>	total determinaciones en sangre técnica 1/ total determinaciones en sangre técnica 2 en las siguientes pruebas: -ratio FT4/TSH -ratio ASAT/ALAT -ratio Urea/creatinina.	Mantenerse dentro de los rangos  0.35-0.60  <0,90  0.40-0.80	Mantener los ratios en los rangos previstos indica una gestión adecuada de la demanda por parte del Laboratorio. Referido a todas las peticiones recibidas	Mantener el ratio dentro del rango. Si el valor de año previo está en rangos próximos a 1, el objetivo sería mejorar el dato al menos un 10% respecto al año previo.

Cont. 2.- INDICADORES ASISTENCIALES				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Humanización asistencia en UCI pediátricas y unidades de neonatos</b>	Normas de funcionamiento de la Unidad de Neonatología escritas y a disposición de los padres, que incluya la posibilidad de permanecer 24h en la Unidad de Neonatología	SI	Ofrecer que la madre/padre que lo desee pueda permanecer con su hijo/a las 24 horas del día y acompañarle durante la realización de pruebas médicas dolorosas y estresantes con el fin de reducir su grado de ansiedad, sin interferir en el trabajo profesional. Cumplimiento de los 2 primeros puntos del Decálogo contenido en el Acuerdo del Consejo Interterritorial de julio de 2013, para establecer unos criterios de calidad aplicables a las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas y Neonatales del Sistema Nacional de Salud, que permitan homogeneizar la atención, horarios de visitas y protocolos. <a href="http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/DECALOGO_de_las_UCIS.pdf">http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/DECALOGO_de_las_UCIS.pdf</a>	Se considerará cumplido si existe la Norma de funcionamiento por escrito y a disposición de los padres SI =100% NO = 0
<b>Índice de ocupación (en hospitales media estancia)</b>	Estancias/Camas instaladasx365	>92%	Índice referido a camas instaladas. Fuente: se obtendrá de SIAE	Se considerará cumplido si el índice de ocupación es mayor de 92% y será 0 si es menor de 82%, y se realizará un cálculo lineal para valores intermedios.

3.- INDICADORES DE SEGURIDAD Y CALIDAD				
3.1.- Seguridad del paciente				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro</b>	Nº de objetivos desarrollados	Al menos 5	Objetivos al menos sobre: - Seguridad en el área de urgencias - Prácticas para reducir infección del tracto urinario - Uso seguro de radiaciones ionizantes (por ejemplo, buenas prácticas relacionadas con la optimización de dosis...)	Alcanzado si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo obligatorios: urgencias, prácticas para reducir infección del tracto urinario y uso seguro de radiaciones ionizantes. Parcialmente alcanzado según nº de objetivos establecidos. Fuente: Informe UFGR. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
<b>Despliegue de los objetivos de seguridad del paciente en los servicios o unidades</b>	Nº de servicios o unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo al menos uno de ellos impartir una sesión)/ Nº total de servicios o unidades	80%	De acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente, para promover el despliegue de la seguridad en la organización, cada servicio o unidad tiene que tener un responsable nombrado, que participe en la elaboración de estos objetivos.	Alcanzado si >80%. Parcialmente alcanzado si 70-79%. No alcanzado si <70%. Fuente: Informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
<b>Realización de rondas de seguridad</b>	Nº de rondas de seguridad	4 rondas documentadas (2 en UCI, 1 urgencias y 1 bloque quirúrgico) en hospitales grupos 1,2,33 rondas en hospitales de apoyo, ME y Psq	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar, de acuerdo al documento de recomendaciones elaborado desde la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si realizado al menos nº de rondas establecidas según grupo de hospital y se encuentran documentadas en actas o similar. Parcialmente alcanzado según nº de rondas realizadas y documentadas. Fuente: Informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI)</b>	Cumplimentación adecuada del registro ENVIN	Registro completo abril-junio y simplificado el resto del año	Se considerará cumplimentación adecuada si registro ENVIN completo los meses de abril, mayo y junio y registro de ENVIN simplificado para bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacterias multirresistentes el resto del año	Alcanzado si se realiza cumplimentación adecuada. Parcialmente alcanzado si otros niveles de cumplimentación Fuente: ENVIN HELICS. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
	Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) y bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC)	<=8 NAV y <3 bacteriemias (BACV)	De aplicación en las UCI de adultos	Alcanzado si <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días. Dato global del hospital (incluye todas las unidades que participen). Parcialmente alcanzado si NAV: 8,1-8,9 y BACV: 3,1-3,9 (calcular) No alcanzado si >=9 y >=4. Fuente: ENVIN HELICS. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

Cont. 3.1.- Seguridad del paciente				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI)</b>	Disminución de la tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI	15% de reducción respecto al valor inicial en 2014	De aplicación en las UCI incluidas en Resistencia Zero	Alcanzado si reducción del 15%. Dato global del hospital. Incluye todas las unidades que participan. Parcialmente alcanzado si reducción <15%. Fuente: ENVIN HELICS. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
	% de profesionales formados en "Resistencia Zero"	80% de profesionales de UCI con certificado de superación del curso "Resistencia Zero"	Profesionales de las UCI participantes en Resistencia Zero (médicos, de enfermería y auxiliares) que han realizado el curso	Alcanzado si >=80% profesionales de UCI formados. Parcialmente alcanzado si <80%. Fuente: Grupo coordinador autonómico Resistencia Zero. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos</b>	Nº de planes de mejora desarrollados	Al menos 2 (1 de ellos de formación a los profesionales de nueva incorporación )	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 de nueva incorporación. Parcialmente alcanzado según nº de planes de mejora. Fuente: Autoevaluación e informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Utilización de la hoja de verificación quirúrgica</b>	Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas programadas*100	>85%	A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas	Alcanzado si >85% intervenciones con check-list. Parcialmente alcanzado si 70-84%. No alcanzado si <70%. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en Urgencias</b>	Nº de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias/ Nº total de pacientes estudiados en el Servicio de Urgencias*100	>90%	Fuente de información: Estudios de observación (realización de al menos un estudio a lo largo del año).	Alcanzado si ≥90%. Parcialmente alcanzado si 80-89%. No alcanzado si <80%. Fuente: Informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
<b>Existencia de protocolos de seguridad del paciente (SP) establecidos como prioritarios</b>	Nº protocolos de SP prioritarios disponibles	1	Protocolo de seguridad establecido como prioritario: Protocolo general de uso racional de antibióticos en colaboración con las unidades de pediatría (este protocolo será remitido para su conocimiento a la Comisión Central de Política de Antimicrobianos de la Comunidad de Madrid)	Alcanzado si el hospital dispone del protocolo actualizado (elaborado y/o revisado en 3 últimos años). Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

Cont. 3.1.- Seguridad del paciente				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Mejora de la continuidad asistencial en el trastorno mental grave</b>	Implantación del protocolo de continuidad de cuidados (PCC) en trastorno mental grave infantojuvenil	Informe de implantación	Remitir informe de implantación con la descripción de la actividad del Programa. (Número de pacientes incluidos en PCC y Número de consultas de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social vinculados al mismo.)	Alcanzado si disponible informe de implantación con apartados descritos de número de pacientes y actividad. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
<b>Mejora de la detección y la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo suicida</b>	Implantación del Checklist en el protocolo de evaluación de riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas	Informe de implantación del Checklist de riesgo suicida	Remitir informe de implantación con la descripción de las actividades realizadas y el porcentaje de pacientes en los que se utiliza el checklist con respecto al total de pacientes que han realizado tentativa suicida atendidos en urgencias psiquiátricas. Ítems a incluir en el checklist: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de intentos de suicidio previos</li> <li>• Ideación suicida reciente</li> <li>• Planificación suicida reciente</li> <li>• Grado de daño médico como resultado del intento actual</li> <li>• Información sobre intentos previos</li> <li>• Historia familiar de intentos de suicidio</li> <li>• Apoyo social o familiar</li> </ul>	Alcanzado si disponible informe de implantación con apartados descritos de número de pacientes y actividad. 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 ARSUIIC 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: Remitir informe con la descripción de las acciones realizadas para la implantación de este indicador. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
<b>Actualización del protocolo de inmovilización terapéutica (en salud mental)</b>	Actualización Protocolo Inmovilización terapéutica (también denominada tradicionalmente contención mecánica o contención física)	Informe de actualización	De acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente, para mejorar la seguridad en la aplicación de medidas restrictivas (en salud mental). Remitir informe de actualización con la descripción de la revisión de sus contenidos y adaptaciones si se precisaran.	Alcanzado si disponible informe de actualización con apartados descritos. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

3.2 Indicadores de Resultados				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Revisión Observatorio de Resultados	Informe de revisión global	Informe disponible	El Hospital deberá revisar en una reunión del equipo directivo los resultados del Observatorio. Además, si en el apartado de efectividad y seguridad del paciente diferentes a los de infección, los resultados del centro no alcanzan los obtenidos en su grupo, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer, en su caso, acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma).	Alcanzado si informe de revisión disponible en formato preestablecido desde la Subdirección de Calidad. <i>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</i>
	Informe de revisión de indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria o bien prevalencia de infección nosocomial (valor puntual con IC 95%) en el caso de hospitales de media estancia	Informe disponible o bien, IN $\leq 10\%$ en el caso de hospitales de media estancia	El Hospital deberá revisar, con la participación de Medicina Preventiva, los resultados del Observatorio en los indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria. Además, si los resultados del centro no alcanzan los obtenidos en su grupo, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer, en su caso, acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). En el caso de objetivo prevalencia de IN, se tomará como fuente: EPINE u otros estudios de prevalencia del centro	Alcanzado si informe de revisión disponible en formato preestablecido desde la Subdirección de Calidad o bien si prevalencia de infección nosocomial por debajo de la meta establecida en hospitales de media estancia. <i>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</i>
3.3 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	$\geq$ Media grupo	Segmentos: Hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias	Alcanzado si $\geq$ Media grupo o $>90\%$ . Parcialmente alcanzado si 80-89%. No alcanzado si $<80\%$ . Fuente: Encuesta de satisfacción 2015 SERMAS. <i>Si 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 2014	Nº de acciones implantadas	Hospitales Grupos 1,2 y 3: 5 (al menos 1 en cada segmento); Apoyo y ME: 3; Psq: 2	Establecer áreas de mejora, con la participación del Comité de Calidad Percibida y que serán validadas por la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si se han implantado al menos el nº acciones establecidas como meta según grupo de hospital. Parcialmente alcanzado según nº de acciones implantadas. Fuente: informe del centro de los proyectos de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores. <i>Si 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	Hospitales Grupos 1,2 y 3: 4 líneas; Apoyo, ME y Psq: 3	Una de estas líneas estará dedicada a conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo.	Alcanzado si se han desarrollado al menos 3 o 4 líneas de actuación (según grupo de hospital), siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo. Parcialmente alcanzado según nº de líneas de actuación. Fuente: Informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>

3.4. Gestión de Calidad				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Consolidación del modelo EFQM</b>	Nº de planes de acción implantados	Al menos 3	Planes de acción de las áreas priorizadas en la autoevaluación	Alcanzado si al menos 3 planes de acción en el formato de ficha remitido y fichas de planes de acción remitidas. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
	Realización de autoevaluación (para los hospitales que no cumplieron este objetivo en 2014)	Informe disponible	Realización de autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM vs 2013, siguiendo pautas de la DG. de Atención al Paciente	Alcanzado si informe de autoevaluación disponible en formato preestablecido desde la Subdirección de Calidad. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental.</b>	Avance si/no	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre del 2014 (Para los hospitales no certificados)	Desarrollar actuaciones para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental	Alcanzado si se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2014. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
	Desarrollo de un plan de acción si/no	Al menos un plan de acción (Para los hospitales certificados)	Avanzar en la mejora de los sistemas de gestión ambiental desarrollando al menos un plan de acción según los resultados de la evaluación del desempeño ambiental, objetivos y metas del año 2014.	Alcanzado si al menos se documenta un plan de acción. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Monitorización de indicadores de gestión ambiental</b>	Informe de monitorización	Monitorizar los indicadores de consumo de agua, luz y residuos biosanitarios clase III	Monitorizar los indicadores de agua, luz y residuos clase III de forma semestral de acuerdo a la formulación y fuentes de información consensuados desde la Subdirección de Calidad	Alcanzado si informe disponible. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna</b>	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 4 líneas (una de ellas de coordinación con Atención Primaria y otra sobre conocer la situación de la lactancia materna en el centro)	Al menos una de las líneas de coordinación con Atención Primaria que incluya 1 reunión/semestre y otra sobre conocer la situación de la lactancia materna en el centro.	Alcanzado si $\geq 4$ líneas de actuación, una de ellas de coordinación con AP y otra de conocer la situación de lactancia materna en el centro. Parcialmente alcanzado según nº de líneas de actuación. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Implantación en los servicios/unidades de las escalas de valoración del dolor</b>	Nº de servicios clínicos o unidades que tienen implantadas escalas de valoración del dolor/Nº de Servicios clínicos	75%	Se incluirán los que utilicen escalas de valoración del dolor.	Alcanzado si $\geq 75\%$ . Parcialmente alcanzado si 40-74%. No alcanzado si $< 40\%$ . <i>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora.</i>
<b>Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor</b>	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	5 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3): 3 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq)	Entre las líneas de actuación al menos contemplar: Atención al dolor agudo; Atención al dolor crónico; Coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGR) para establecer una línea de actuación centrada en la seguridad del tratamiento del dolor. Y en hospitales grupos 1,2,3 Coordinación con Atención Primaria	Alcanzado si al menos nº de líneas establecidas según grupo de hospital, de las cuales hacen referencia a la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR para establecer una línea de seguridad en el tratamiento del dolor y coordinación con AP. Parcialmente alcanzado según nº de líneas de actuación. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

4) INDICADORES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL				
4.1.- Continuidad_Coordinación direcciones continuidad (CDCA)				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Aplicación del documento "Procedimiento de identificación de referentes y comunicación para la atención integrada de los pacientes crónicos complejos (PCC) "</b>	Si/No	Documento realizado, consensado y remitido a CDCA	Análisis del escenario local del desarrollo del PAI del PCC y definición mediante un grupo multidisciplinar AP/AE de los aspectos incluidos en el documento	Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro
<b>Definición de una actuación coordinada en el ámbito socio sanitario</b>	Si/No	Documento realizado, consensado y remitido a CDCA	Priorización en función de las características y nivel de desarrollo de actuaciones en el ámbito socio sanitario, de una acción centrada en población institucionalizada que incluya la actuación coordinada de la AP, AE y Servicios Sociales	Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro
<b>Nº especialidades con especialista consultor</b>	Nº de Especialidades con especialista consultor implantado	≥ 30% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor.	Entre las especialidades incluidas deben estar Medicina Interna, Neurología, Neumología y Cardiología. Deberá constar un Procedimiento escrito, consensado con AP, en el que conste los canales de comunicación y sistema de evaluación	Se considera alcanzado cuando conste registro ≥ 30% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor
<b>Porcentaje sospecha malignidad (SM) evaluadas</b>	Número de SM remitidas sin cita, que se han evaluado / Número de SM sin cita remitidas *100	100%	Del total de "SM" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital sin cita"	Se considera alcanzado si la cifra es igual al 100%.
<b>Porcentaje valoración previa especialista evaluadas</b>	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 consideran 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%.
<b>Revisión y actualización del procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros</b>	Sí/No	Sí	Revisión y actualización del procedimiento de cuidados enfermeros consensado con AP en el marco del documento "Marco referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud"	Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro.
<b>Consolidación del Grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia: definición de objetivos 2015 y registro de reuniones</b>	Sí/No	Sí	Incluirá el registro de un mínimos de tres reuniones anuales y al menos un plan con actuaciones de mejora relacionado con los indicadores de estatinas ó ARA II, a elegir por el centro.	Alcanzado con registro de reuniones y protocolo del área de interés seleccionada con evaluación de resultados a 31 de diciembre de 2015. Fuente: informe del centro.

Cont 4.1.- Continuidad_Coordinación direcciones continuidad (CDCA)				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Revisión y cumplimiento de las acciones propuestas en el plan de mejora 2014 de la entrega y registro de medicación al alta en la Urgencia, según normas establecidas</b>	Si/No	Si	Se mantiene como línea de trabajo dentro del grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia.	Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro. Auditoría externa de cumplimiento
4.2.- Continuidad_Farmacia				
<b>% DDD ARA II+Aliskiren/SRA</b>	Ver manual de Indicadores de Farmacia 2015	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil CALCULADO con datos globales del SERMAS en 2014	Dato de primaria y AE. De acuerdo al Documento de Criterios para establecer el lugar en la Terapéutica de los ARA II publicado por el SERMAS en 2010 (actualización 2014). (Disponible en <a href="https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Planmejoradeprescripciondefarmacosdereceta.aspx">https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Planmejoradeprescripciondefarmacosdereceta.aspx</a> )	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil alcanzado en 2014. Si valor menor o igual a p25: 100%
<b>Pacientes en tratamiento con estatinas de elección</b>	Ver manual de Indicadores de Farmacia 2015	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil CALCULADO con datos globales del SERMAS en 2014	De acuerdo al Documento de Criterios para determinar el lugar en la terapéutica de los fármacos hipolipemiantes (disponible en <a href="https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/hipolipemiantes.aspx">https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/hipolipemiantes.aspx</a> )	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil alcanzado en 2014 Si valor mayor o igual a p75: 100%
<b>% DDD Omeprazol/Total IBP</b>	Ver manual de Indicadores de Farmacia 2015	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil CALCULADO con datos globales del SERMAS en 2014	Indicador que se mide de la misma manera tanto en atención especializada como en atención primaria.	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil alcanzado en diciembre 2014. Si valor mayor o igual a p75: 100%
<b>% EFG receta</b>	Ver manual de Indicadores de Farmacia 2015	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil CALCULADO con datos globales del SERMAS en 2014	Indicador que se mide de la misma manera tanto en atención especializada como en atención primaria.	Se valorará por tramos de cumplimiento en función del percentil alcanzado en 2014. Si valor mayor o igual a p75: 100%

5) INDICADORES DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Acciones de mejora desarrolladas en las áreas prioritizadas según los 5 motivos de reclamación más frecuente</b>	Nº de acciones de mejora desarrolladas.	Al menos 5	Al menos 5 áreas de mejora en activo durante 2015. La información será ratificada por la DG. Atención al Paciente. Se considerarán variables para la priorización: la magnitud del problema, la severidad del problema, la eficacia de la solución y la factibilidad de la solución.	Alcanzado si $\geq 5$ acciones. Valorado otros niveles de cumplimiento si $\geq 3$ y $\leq 5$ . No cumplido si $< 3$ . Fuente: informe del centro que incluirá, como mínimo áreas prioritizadas, las acciones de mejora propuestas y los criterios de priorización utilizados. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles.</b>	Nº de reclamaciones contestadas <30 días hábiles/ Nº total de reclamaciones	98%	Fuente: CESTRAK .	Alcanzado si $\geq 98\%$ . Valorando otros niveles de cumplimiento si $\geq 85\%$ y $< 98\%$ . No cumplido si $< 85\%$ . <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Porcentaje de habitaciones que disponen de la Guía de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.</b>	Nº de Guías de Acogida puestas a disposición de pacientes ingresado/Nº total pacientes ingresados.	95%	Deberá existir registro específico o checklist. por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si $\geq 95\%$ . Valorando otros niveles de cumplimiento si $\geq 85\%$ y $< 95\%$ . No cumplido si $< 85\%$ . <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial.</b>	Nº de servicios médicos y quirúrgicos que disponen de ubicación y horario para ofrecer información asistencial fuera del pase de visita médica/Nº total de servicios médicos y quirúrgicos	95%	La Gerencia deberá contar con un informe en el que conste el protocolo con el procedimiento para facilitar información asistencial fuera del pase de visita médica y la descripción de 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 $\geq 85\%$ y $< 95\%$ . No cumplido si $< 85\%$ . <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.</b>	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.	95%	La Gerencia tendrá un Registro Específico de la entrega de la Guía de Información al Alta. Dicho registro incluirá la información de si se incluyen en la carpeta, al menos, los siguientes documentos:Informe de Alta Médica, Informe de Enfermería (cuando la situación lo requiera), Informe de Trabajo Social (cuando la situación lo requiera), Recetas de medicación de nueva prescripción, Hoja de medicación y Citas para consultas o revisión indicadas. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si=95%, valorando otros niveles de cumplimiento si $\geq 80$ y $< 95$ . No cumplido si $< 80\%$ . <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

Cont. 5) INDICADORES DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.</b>	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.	95%	Deberá existir un registro específico o checklist. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si=95%, valorando otros niveles de cumplimiento si ≥85% y <95%. No cumplido si <85%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Porcentaje de documentos informativos dirigidos a pacientes incluidos en el registro específico</b>	Nº de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) incluidos en el registro específico una vez aprobados por la Comisión Técnica de Coordinación de la Información Local/ Nº documentos aprobados por la Comisión Técnica de Coordinación de la Información Local	95%	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 Local. Fecha del visto bueno, en su caso; 6. fecha de inicio de difusión; 7. fecha de retirada o revisión.	Alcanzado si=95%, valorando otros niveles de cumplimiento si ≥85% y <95%. No cumplido si <85%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
<b>Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)</b>	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	Al menos 3 acciones de mejora de entre los ámbitos especificados	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. Y son aspectos que contribuyen a mejorar la calidad percibida por el paciente y sus allegados	Alcanzado si se han implementado al menos 3 acciones, valorando otros niveles de cumplimiento si ≥1 y <3. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
<b>Aplicación de la resolución de acompañamiento en el servicio de urgencias *</b>	Nº de áreas del servicio de urgencias donde se aplica la resolución de acompañamiento en todos sus supuestos/Nº de áreas de urgencias	75%	La gerencia deberá contar con un informe donde se especifique en qué áreas del servicio de urgencias no ha sido posible hasta el momento aplicar la resolución e indicar motivos* <i>Resolución 30/2013 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, por la que se dictan instrucciones para facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados en los servicios de urgencias hospitalarios del servicio madrileño de salud</i>	Alcanzado si ≥75% . Valorando otros niveles de cumplimiento si ≥50 y <75%. No cumplido si < 50%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

Cont. 5) INDICADORES DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Reuniones mantenidas por el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del centro o institución</b>	Nº de reuniones mantenidas	Al menos 10 reuniones/año	Al menos 10 reuniones mantenidas por el CEAS del centro o institución: CEAS hospital, de varios hospitales, de AP o mixtos (hospital y AP). La información será contrastada por la DG de Atención al Paciente según la Memoria de actividad anual (Decreto 61/2003).	Alcanzado si $\geq 10$ reuniones/año. Valorado otros niveles de cumplimiento si $\geq 7$ y $< 10 = 75\%$ , si $\geq 5$ y $< 7$ reuniones = $50\%$ . No cumplido si $< 5$ . Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
6) INDICADORES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
6.1.- Seguridad de los sistemas y de los datos				
<b>Pruebas del Plan de Contingencia</b>	Nº pruebas	2	Pruebas sobre planes de contingencia de los servicios, finalizados al 100% y revisados por la OSSI. Deben estar actualizados. 2 pruebas (1 al semestre. Requisitos del cumplimiento: envío de plan para su revisión por la OSSI, comunicado de parada previo a la prueba, planificación e informe resumen que recoja conclusiones y mejoras detectadas.	Alcanzado 100% si se realizan al menos dos pruebas sobre el plan de contingencia de al menos dos servicios. Alcanzado 50% si 1 prueba/año; 100% si $\geq 2$ pruebas/año.
<b>Auditoría de los sistemas y LOPD</b>	%	>90%	Respecto a la auditoría de acceso a sistemas críticos: se solicitará la documentación correspondiente para valorar las auditorías de acceso realizadas sobre los sistemas de información críticos. Como mínimo sistema de información principal de Historia Clínica, mensual.	25% de ponderación si > Auditoría mensual Horus Track. (realizada - actas-conclusiones). 50% de ponderación Auditoría de acceso a sistemas críticos (ej: Historia Clínica, realizada - informe mensual). 25% de ponderación Auditoría LOPD (plan de acción - medidas implantadas).
<b>Revisión de políticas de backup y pruebas de restauración</b>	Si/No	Si	Se solicitará la documentación correspondiente para valorar las políticas de backup y restauración, así como las pruebas realizadas al respecto. 2 pruebas (1 al semestre).	Alcanzado 100% si se reciben revisadas y actualizadas las políticas de backup y restauración de los sistemas de información del centro. Al menos dos pruebas de restauración.
<b>Implementación de mejoras de seguridad</b>	%	>90%	Respecto a otras mejoras de seguridad implementadas por el centro se solicitará la planificación de las mismas. Se aceptan mejoras resultantes de la auditoría física del CPD. Ej: Auditoría Wifi, sondas, otros proyectos. No se podrán implementar medidas ya recogidas y valoradas en otros indicadores de este contrato programa.	34% de la ponderación si $\geq 2$ acciones formativa. 33% de la ponderación si $\geq 2$ acciones del informe Diagnóstico de Seguridad 2015. 33% de la ponderación si $\geq$ Otras mejoras de seguridad implementadas por el centro.

6.2.- Actualización y cumplimiento del Plan de Actuaciones TIC 2014				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Implementación de proyectos/líneas estratégicas a nivel corporativo</b>	Nº de Proyectos	2	Desarrollo de proyectos específicos en línea con los objetivos estratégicos corporativos del 2015 especificados:• Renovación de los Sistemas de Información Hospitalarios evolucionando hacia componentes orientados a una HCE• Incorporación de soluciones de movilidad en el pase de visita de hospitalización• Homogenización de aplicaciones departamentales de forma alineada con los planes de especialidades• Implantación del sistema de triaje en urgencias • Iniciativas derivadas del Plan de Telemedicina• Iniciativas derivadas del Proyecto para la Detección Precoz del Cáncer de Mama• Iniciativas derivadas de la implantación de un Sistema de Trazabilidad Oncológica• Iniciativas en el ámbito de la Red Social, Profesional y Científica del SERMAS	Para Hospitales inmersos en procesos de renovación del sistema de información hospitalario sólo se medirá esa línea de actuación.Para el resto de Hospitales se exigirán al menos 2 proyectos del resto de líneas de actuación: 2 o más: 100% 1: 50% 0: 0%
<b>Revisión anual del nivel de adopción del EMRAM (HIMSS Analytics Europe)</b>	SI/No	Si	Historial Clínico Electrónico (EMRAM)	Alcanzado 100% si cumplimentación evaluación
6.3.- Formación e innovación				
<b>Número de acciones formativas para el buen uso de los sistemas</b>	Nº de acciones	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	Alcanzado 100% si >= 3, y se realizara un cálculo lineal para valores inferiores
<b>Número de iniciativas de innovación basadas en la aplicación de las TIC</b>	Nº de iniciativas	3	Mínimo 3 iniciativas de innovación basadas en las TIC	Alcanzado 100% si >= 3, y se realizara un cálculo lineal para valores inferiores
<b>Reingeniería de procesos, basada en el uso de las TIC: Número de procesos analizados y número de propuestas de mejora</b>	Nº de Actuaciones	3	Actuaciones relativas a la digitalización, estandarización de maestros, estructuración de datos, homogenización de formularios de HCE y homogenización de circuitos orientados a la optimización y eficiencia de los procesos con el apoyo de los sistemas de información.	En función del número de actuaciones: 3 o más: 100 % 2: 75% 1: 25 % 0: 0%

6.4.- Control y administración de la actividad TIC, del acceso y uso de los sistemas y calidad de la información				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Actualización del inventario de activos TIC y Memoria de la actividad TIC</b>	% de entregas formales a la DGSIS de los inventarios indicados, convenientemente actualizados a la fecha respecto de la meta	2 entregas (semestrales)	Mantenimiento periódico del inventario TIC: -Puestos de Trabajo -Servidores -Almacenamiento -Comunicaciones -Sistemas de Información	Ponderación a aplicar en cada entrega: -Puestos de Trabajo: 20% -Servidores: 20% -Almacenamiento: 20% -Comunicaciones: 20% -Sistemas de Información: 20%
<b>Gestión correcta de los usuarios de los sistemas de información</b>	No identificar durante el año ningún problema relativo a una incorrecta gestión de usuarios imputable al centro	Revisión trimestral de la gestión de usuarios	Gestión correcta de usuarios de los sistemas de información. Revisión trimestral. 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.No se considerará incidente imputable al centro, cuando éste demuestre que ha actuado en todo momento de forma diligente, comunicando la incidencia desde el primer momento, mostrando evidencias de las medidas de seguridad existentes, así como de la divulgación de las políticas, normas y buenas prácticas sobre el uso de los sistemas, al personal del mismo.	No identificar durante el año ningún problema relativo a una incorrecta gestión de usuarios imputable al centro. Si se consigue 100% del indicador.
<b>Estadísticas y Auditorias de acceso a los sistemas y datos</b>	Si/No	80%	Se mide el % de usuarios efectivos de del sistema HORUS, respecto de los usuarios potenciales del mismo.	Se considera cumplido si el % de usuarios efectivos respecto a los potenciales supera la meta
<b>Seguimiento de la actualización y calidad de los datos</b>	% de Registros sobre el cierre	> 95%	Cumplimentación CMBD en los cortes mensuales. El % de registros válidos en los cortes mensuales del CMBD deberá ser superior al 95% respecto al del cierre La puntuación será proporcional al grado de cumplimiento:	Cantidad: 100% de la ponderación > 95% reg < 95% 0

Cont. 6.4.- Control y administración de la actividad TIC, del acceso y uso de los sistemas y calidad de la información				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Informes clínicos emitidos y su conformidad con el CMDIC (Real Decreto 1093/2010)</b>	%	>90%	Incorporación a los sistemas de información hospitalaria de los diferentes informes clínicos recogidos en el CMDIC, Real Decreto 1093/2010, que describen todos los procesos de atención sanitaria realizados en el centro de: Alta hospitalaria, Consulta externa y Urgencias.Revisión y adecuación de los mapeos actuales de la documentación clínica del centro a los normalizados para HORUS. Se solicitará la documentación correspondiente para valorar la revisión y adecuación realizada. Estadísticas a final de año de Informes clínicos emitidos a HORUS sin servicio o provisionales. Se evaluará tipo de informe a tipo de informe.Cada tipo de informe requiere la revisión de al menos 10 informes, elegidos aleatoriamente de los producidos en un día aleatorio del año, de los generados por el centro.La valoración que se pasará a la herramienta será la media de los 10 informes por tipo. Se remitirá el fichero generado en la evaluación junto con los informes que fueron utilizados en dicha evaluación"	Desglose de la Ponderación:- % de Informe Clínicos respecto a las altas, Consultas Externas y Urgencias recogidas en el SIAE para el mismo año. <b>25%</b> - Realizar la revisión y corrección de los mapeos. <b>25%</b> < 5% de todos los informes sin servicio, de todos los tipos de documentos que figuran en el CMDIC< 5% de todos los informes provisionales, de todos los tipos de documentos que figuran en el CMDIC- La propia herramienta proporciona el % de cumplimentación. Se exige el 90 % de adecuación en las variables «conjunto mínimo» (CM) y al menos un 50% en las variables de carácter «recomendable» (R): <b>50%</b>