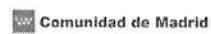




Viceconsejería de Asistencia Sanitaria



Servicio Madrileño de Salud

OBJETIVOS

Año 2012.

Hospital de Torrejón

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 administrativos	Cumplimiento
a) Codificación de SIFCO	Obligatorio
b) Cumplimentación codificación CMDB.	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	Anual (2012)
b) Crear comité calidad percibida	Inicio (2012)
d) Gestión reclamaciones	2012 (continuado)
e) Implantar programa acogida y alta	2012
f) Programa paciente informado	Ver Plan
g) Citación pacientes (mecanismos)	2012
h) Página Web	2012
i) Programa específico atención urgencias	2012
2.- Modelos de calidad	
a) Autoevaluación EFQM	2013-2014 (sello 2016)
b) Certificación ISO 14000	2013
c) Certificación ISO 9001 s. centrales (Imagen, Hospitalización a domicilio, Laboratorio, Banco de sangre, Farmacia, Atención al Paciente, Anatomía patológica, Esterilización y Cocina)	2014
g) Calendario RSC (transparencia, des. sostenible... memoria GRI bienal)	2012-2015
3.- Gestión de procesos	
a) Mapa procesos	2012
b) Guías, protocolos y/o vías (50 en próximos 3 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 eventos adversos	2012
c) Estandarización de tareas y diseño de procesos	2012 (continuado)
d) Entrenamiento adecuado utilización equipos y procedimientos	2012 (continuado)
e) Identificación pacientes código barras	2012
f) Errores medicación: Control trazabilidad y verificación medicación	2012
g) Implantar Lista Verificación Quirúrgica	2012
h) Disminución infección (higiene de manos: bioalcoholes, etc)	2012
i) Actuaciones específicas centro (antimicrobianos, cuidados como catéteres o caídas, etc) incluidas en el documento	2012
5.- Cultura y formación	

Servicio Madrileño de Salud

Año 2012.

Anexo

Descripción indicadores

Hospital de Torrejón

a) Programa anual formación calidad	2012 (continuado)
b) Procedimiento identificar y difundir buenas prácticas (banco Web)	2012
c) Promover participación profesionales (objetivos calidad propios, comisiones, etc)	2012 (continuado)
6.- Infraestructura calidad	
a) Crear coordinador / responsable calidad centro	2012
b) Crear Servicio información y atención al paciente	2012
c) Crear comisiones clínicas (con procedimiento funcionamiento)	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

Fdo. Patricia Flores Cerdán

El Directora/a Gerente



Fdo. Ignacio Martínez Jover