

CONTRATO DE GESTIÓN 2017

GERENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA *HOSPITAL UNIVERSITARIO TORREJÓN*

INTRODUCCIÓN:

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

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

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

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

INDICE

CONDICIONES GENERALES	4
OBJETIVOS DEL CENTRO	6
PERSPECTIVA CIUDADANOS	6
PERSPECTIVA CALIDAD, HUMANIZACIÓN, ATENCIÓN AL PACIENTE Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	7
PERSPECTIVA PROCESOS	8
PERSPECTIVA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS	9
 ANEXO I.- Farmacia	10
ANEXO II.- Calidad, Humanización e Información y Atención al Paciente	11
ANEXO III: Fichas descriptivas de indicadores sintéticos del Área de Calidad Asistencial	12
ANEXO IV: Fichas descriptivas de indicadores sintéticos del Área de Humanización	19
ANEXO V: Fichas descriptivas de indicadores sintéticos del Área de Atención al Paciente	22

CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

- ✓ *La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales.*
- ✓ *El establecimiento de medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.*
- ✓ *La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.*
- ✓ *La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el Servicio Madrileño de Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.*
- ✓ *La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.*
- ✓ *La gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.*

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

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

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

La Gerencia del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN** presta la atención de su competencia, contenida en la cartera de servicios que se recoge en éste apartado del Contrato de Gestión, siendo su población de referencia de 147.020 personas según TSI a fecha 1 de enero de 2017 y su estructura poblacional en relación a los servicios ofertados la recogida en la siguiente tabla:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)				
147.020				
Distribución población TSI según tramos etarios				
0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
4.781	23.557	100.074	14.038	4.570
Distribución población TSI según cribado				
50-69 años				
Ca. mama				
16.459				
50-69 años				
Ca. colón				
32.319				
25-69 años				
Ca. cérvix				
47.554				

OBJETIVOS DEL CENTRO

PERSPECTIVA CIUDADANOS

PERSPECTIVA DEL CIUDADANOS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
ACCESIBILIDAD	Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para procesos diagnósticos/terapéuticos >45 días en Lista Espera Estructural	0
	Número de pacientes que superan los días de espera en Consultas Externas >60 días en Lista Espera Estructural	0
	Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para intervenciones quirúrgicas >170 días en Lista espera Estructural	0
IMPULSAR UN SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD		
SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias	1,35
	% Pacientes que han desarrollado heridas crónicas durante el ingreso con estancia >2 días	1,5
	Porcentaje de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	97,07 %
	% Pacientes intervenidos de fractura de cadera antes de las 48 horas del ingreso urgente	>85%
IMPULSAR CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS		
CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Laboratorio en la frecuentación pactada	>95%
	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Técnicas diagnósticas en la frecuentación pactada	>95%
	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Consultas externas en la frecuentación pactada	>95%

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

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

PERSPECTIVA PROCESOS

PERSPECTIVA PROCESOS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
IMPULSAR LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA		
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA	Índice estancia media ajustada (IEMA) sobre mismo año anterior	≤1,10
	Estancia quirúrgica programados	≤2 días
	% Suspensión quirúrgica	<4%
	Índice ambulatorización global procesos quirúrgicos ambulatorizables	≥65%
	Índice sucesivas/primeras por especialidad	<2,35
	% Urgencias no ingresadas (excluido los partos)	≥90,2%
	Porcentaje ocupación quirófano, anestesia, cirugía	>80,70,60%
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PROCESOS	Porcentaje de informes clínicos de alta de hospitalización disponibles en HORUS	>80%
	Porcentaje de informes clínicos de alta de urgencias disponibles en HORUS	>80%
	Porcentaje de informes de cuidados enfermeros al alta de hospitalización de pacientes con Nivel de Intervención Alto (NIA) disponibles en HORUS	60%
	Existencia de un procedimiento de coordinación y comunicación bidireccional entre hospital y centros de salud de su área de influencia	100%
	Porcentaje de derivaciones con SM valoradas en menos de 10 días	100%
	Porcentaje de derivaciones con SM citadas en menos de 15 días	100%
	Porcentaje de derivaciones con VPE valoradas en menos de 10 días	95%
PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO	Indicador sintético de prescripción de receta	≥ 0,8
	Indicador sintético de eficiencia en farmacia hospitalaria	≥ 0,8

PERSPECTIVA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS

PERSPECTIVA INNOVACION APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS		
AREA ESTRATEGICA	INDICADOR	META
INFORMACIÓN ASISTENCIAL	Enviar SIAE en fecha y forma en los dos primeros días hábiles de cada mes	100%
	Enviar CMBD en fecha y forma en los cinco primeros días hábiles de cada mes	100%
	Cerrar RULEQ en fecha y forma en el último día hábil de cada mes	100%
	Cerrar SICyT en fecha y forma en los tres primeros días hábiles de cada mes	100%
	Enviar fichero Quirófano en fecha y forma en los dos primeros días de cada mes	100%
INFORMACION GESTION ECONOMICA E INFRAESTRUCURAS	Enviar Datos de Seguimiento en tiempo y forma	100%
	Participación en Proyectos Corporativos	100%
INFORMACION RECURSOS HUMANOS	Base de datos mensual de Efectivos en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%
	Ficha FOR en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%
	Ficha FRET en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%
	Ficha FGRM en fecha y forma antes del día veintidós de cada mes	100%
AUDITORIAS CLÍNICAS	Cumplimentación Informes de Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%
	Cumplimentación de mínimos establecidos según RD 1093/2010 en los informes de cuidados de Hospitalización al Alta	76,90%
	Cumplimentación Informes de Cuidados de Enfermería al Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	83,04%

Reunidos D. César Pascual Fernández Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de y D. Ignacio Martínez Jover Director Gerente del Hospital Universitario de Torrejón, revisado el presente Contrato de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad para el año 2017, y de acuerdo con las especificaciones contenidas en el mismo, acuerdan suscribirlo.

Madrid, a 30 de junio de 2017

Director General de Coordinación de la
Asistencia Sanitaria

Director Gerente del Hospital
Universitario de Torrejón

Fdo.: Cesar Pascual Fernández

Fdo.: Ignacio Martínez Jover

ANEXO I.- Farmacia

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

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

1.- INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA

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

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

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

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

2.- INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA

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

Índice Sintético Biosimilares	14,00%
% de Biosimilares (BS)	6,00%
% pacientes NAIVE en tratamiento con Infliximab Biosimilar	4,00%
% pacientes NAIVE en tratamiento con Etanercept Biosimilar	4,00%
Indicadores de VHC	10,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes monoinfectados con Virus Hepatitis C	5,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes cointectados con Virus Hepatitis C	5,00%
Indicador de Onco-hematología	6,00%
Indicador en Leucemia Mieloide Crónica (LMC)	6,00%

ANEXO II.- Calidad, Humanización e Información y Atención al Paciente.

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

(*Ver indicadores sintéticos en fichas descriptivas Anexos)

ÁREA DE HUMANIZACIÓN

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

(*Ver indicadores sintéticos en fichas descriptivas Anexos)

ÁREA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

1. % de mejora de la atención al paciente a través de las reclamaciones (<i>Indicador sintético</i>)
2. % de mejora de la información escrita dirigida a los pacientes (<i>Indicador sintético</i>)
3. % mejora de la actividad de Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (<i>Indicador sintético</i>)

(*Ver indicadores sintéticos en fichas descriptivas Anexos)

ANEXO III: Fichas descriptivas de indicadores sintéticos del Área de Calidad Asistencial.

OBJETIVO 1.- Desplegar la seguridad del paciente (SP) en la organización	
INDICADOR	Porcentaje de despliegue de la seguridad del paciente en la organización (Objetivos de seguridad de centro, unidades/servicios, rondas de seguridad, CISEMadrid)
FÓRMULA:	(% cumplimiento objetivos de seguridad del centro+ % cumplimiento objetivos por servicios+ % cumplimiento rondas de seguridad+ % cumplimiento CISEMadrid)/4
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actuaciones para facilitar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 en la organización:</p> <p>1.1. IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO (Nº de objetivos establecidos): Al menos 5. Objetivos diferentes a los establecidos a nivel institucional, siendo prioritarios: Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias(línea estratégica 8 de la ESP 2015-2020) y Seguridad en el área de obstetricia y ginecología (línea estratégica 7.4 de la ESP 2015-2020)</p> <p>1.2. DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS O UNIDADES (Nº de servicios o unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente/ Nº total de servicios o unidades): 90%. Al menos 2 objetivos, siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas. De acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente, cada servicio o unidad tiene que tener un responsable nombrado</p> <p>1.3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD" (Nº de rondas de seguridad): En hospitales grupos 1,2,3: 6 rondas documentadas y evaluadas (1/semestre en UCI, urgencias y bloque quirúrgico). 4 rondas en hospitales de apoyo*, ME y Psq (*2 en bloque Qx). Las rondas son reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas</p> <p>1.4.-IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID (Sistema común de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación). El centro habrá realizado la implantación de CISE Madrid e impulsado su utilización para la identificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>1) OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO: Alcanzado 100% si 5 objetivos y prioritarios. 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si >=5 objetivos y entre ellos se encuentran actuaciones para reducir prácticas innecesarias (20%), y seguridad en el área de obstetricia y ginecología (20%). Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p> <p>2) OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS O UNIDADES: Alcanzado al 100% si >90% de servicios al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo uno de ellos impartir una</p>

sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas); 80% si entre 75-89% servicios; 50% si entre 50-74% servicios; 0% si menor 50% servicios. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

3)"RONDAS DE SEGURIDAD": Alcanzado 100% si rondas documentadas en actas o similar y evaluadas, con la siguiente escala de puntuación: 17% de cumplimiento por cada ronda en áreas priorizadas en hospitales grupos 1,2, y3; 25% de cumplimiento por cada ronda en resto de hospitales. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

4) CISE Madrid:

• Alcanzado 100% si:

- Al menos identificados \geq 60 incidentes de seguridad y errores de medicación (IS y EM) en H Apoyo, ME y Psq; \geq 150 en Grupo 1; \geq 200 en Grupo 2 y \geq 250 en Grupo 3
- y analizados el 60% de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

• Alcanzado 80% si:

- Identificados al menos: \geq 40 en H Apoyo, ME y Psq; \geq 100 en Grupo 1; \geq 150 en Grupo 2 y \geq 200 en Grupo 3
- y analizados el 60% de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

• Alcanzado 60% si:

- Identificados al menos: \geq 30 en H Apoyo, ME y Psq; \geq 75 en Grupo 1; \geq 100 en Grupo 2 y \geq 150 en Grupo 3
- y analizados el 60% de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

• Alcanzado 30% si:

- Identificados al menos: \geq 25 en H Apoyo, ME y Psq; \geq 50 en Grupo 1; \geq 75 en Grupo 2 y \geq 100 en Grupo 3
- y analizados el 60% de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

Se valorarán otros cumplimientos parciales si % de analizados <60%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.*

OBJETIVO 2.- IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

INDICADOR	Porcentaje de desarrollo de prácticas seguras (Proyectos "Zero", higiene de manos, seguridad en paciente quirúrgico)
FÓRMULA:	(% cumplimiento de proyectos "zero"+ % cumplimiento higiene de manos+ % cumplimiento seguridad paciente QX)/3
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye:</p> <p>2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI) "PROYECTOS ZERO":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación adecuada del registro ENVIN si registro ENVIN

	<ul style="list-style-type: none"> completo los meses de abril, mayo y junio 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 Tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI: <4 o 10% de reducción respecto al valor de 2015. De aplicación en las UCI incluidas en Resistencia Zero (adultos) <p>2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS (Nº de actuaciones): Al menos 2 siendo una de ellas la evaluación a través de la observación del cumplimiento de higiene de manos en unidades/servicios, de acuerdo a las recomendaciones que se faciliten desde la SG. de Calidad Asistencial/Grupo coordinador de higiene de manos. Fuente: Informe del centro</p> <p>2.3. DESARROLLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO (cirugía segura LVQ e IQZ):</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombramiento de un responsable quirúrgico y de un responsable de medicina preventiva. Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) en >90% intervenciones programadas; que incluya un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica de acuerdo con el programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud (http://www.cirugiasegura.es/) Cumplimiento en quirófano de las recomendaciones de la Resolución 609/2016 sobre identificación de fármacos. Inclusión en el LVQ de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ). Al menos las 3 medidas obligatorias: 1.- Adecuación de la profilaxis antibiótica; 2.- Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%; 3.- Eliminación correcta del vello. (http://infeccionquirurgicazero.es)
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>2.1. “PROYECTOS ZERO”: • Alcanzado 100% Si: 1) cumplimentación adecuada registro ENVIN ; 2) <=8 NAV/ 1000 días; 3) <3 bacteriemias CVC/1000días; 4) BMR <4 o 10% de reducción respecto al valor de 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% Si no se cumple uno de los 4 requisitos • 60% Si no se cumplen dos de los cuatro requisitos • 40% Si solo se cumple uno de los cuatro requisitos <p>2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS: • Alcanzado 100% Si desarrolladas dos actuaciones (incluyendo observación) • 70 % Si actuación sobre observación del cumplimiento • 30% Si otra actuación. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p> <p>2.3. DESARROLLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzado 100% Si: 1) nombramiento responsables ; 2) Implantación LVQ con profilaxis de enfermedad trombo-embólica >90%; 3) Adherencia a las recomendaciones R 609/2016; 4) Adherencia a las 3 medidas obligatorias de IQZ • 80% Si se cumple con el nombramiento de responsables más dos de los tres requisitos restantes • 60% Si se cumple con el nombramiento de responsables más uno de los tres requisitos restantes • 30% Si se cumple solo el nombramiento

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

INDICADOR	Porcentaje de revisión y mejora del Observatorio de Resultados
FÓRMULA:	Responsable nombrado (20% = Si, 0% = No) + Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la SG. Calidad Asistencial
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con un responsable del proyecto Observatorio de Resultados 2. Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados 2016 del Observatorio. 3. Además, si en el apartado de efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan los obtenidos en su grupo, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer, en su caso, acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). De forma específica, revisión indicadores de infección con la participación de M. Preventiva
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>Alcanzado 100% Si responsable e informe de revisión de acuerdo con el formato establecido (En este formato se incluyen los posibles incumplimientos y, en este caso, las correspondientes acciones de mejora).</p> <p>80% No responsable y se ha realizado el informe.</p> <p>60% Responsable y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido al no incluir a todos los profesionales implicados.</p> <p>40% Responsable y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido al no incluir a todos los indicadores susceptibles de mejora.</p> <p>10% Responsable y no informe de revisión</p> <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>

OBJETIVO 4.-MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento y mejora de la calidad percibida (Índice de satisfacción global, Acciones de mejora encuesta y Líneas de Comité de Calidad Percibida)
FÓRMULA:	(% cumplimiento de ISG*0,6) + (% cumplimiento acciones de mejora*0,2) + (% cumplimiento líneas CCP*0,2)
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye:</p> <p>4.1. GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA (% de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en los segmentos estudiados): \geqMedia grupo o \geq90%. Segmentos: Hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias. Fuente: Encuesta de satisfacción 2017</p> <p>4.2. IMPLANTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2016 (Nº de acciones implantadas): Hospitales Grupos 1,2 y 3: 5 (al menos 1 en cada segmento); Apoyo y ME: 3; Psq: 2. Áreas de mejora de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, con la participación del Comité de</p>

Calidad Percibida.

Fuente: ficha de acciones de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores.

4.3. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA (CCP) (Nº de líneas de actuación puestas en marcha): Hospitales Grupos 1,2 y 3: 4 líneas; Apoyo, ME y Psq: 3. Una de estas líneas estará dedicada a conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo en el área de urgencias o en su defecto en aquel segmento con menor valoración en la encuesta de satisfacción.

Fuente: Ficha del CCP del centro.

CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN

4.1. GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si >90% o media grupo; 80% Si >85%; 60% Si > 80%; 40% Si > 75%; 20% Si > 70%

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

4.2. IMPLANTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2016 : 100% Si implantadas el nº de acciones establecidas por segmento; 80% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 2; Psq: 1; 60% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 no siendo al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 1; 40% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3; 20% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 2

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

4.3. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA (CCP): 100% Si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; y 3 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas alguna técnica de tipo cualitativo en el área de urgencias(o segmento con menor valoración)

80% Si al menos 3 en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una técnica tipo cualitativo en el área indicada

60% Si al menos 3 líneas en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una técnica de tipo cualitativo en el área indicada

40% Si al menos 2 líneas en grupos 1,2 y 3; o 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una técnica de tipo cualitativo en el área indicada

20% Si s al menos 2 líneas en grupos 1,2 y 3; y 1 línea en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas alguna técnica de tipo cualitativo en el área indicada

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 5.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE CALIDAD

INDICADOR	Porcentaje de desarrollo de actuaciones de gestión de calidad (Modelo EFQM, Gestión ambiental y Responsabilidad social sociosanitaria)
FÓRMULA:	(% cumplimiento de consolidación Modelo EFQM)+ (% cumplimiento actuaciones gestión ambiental) + (% cumplimiento actuaciones RSS)/3
META:	100%
ACLARACIONES:	Este indicador incluye:

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

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

- Implantación/ Actualización del SGA: Para hospitales no certificados: Implantación de sistema. Fuente: tabla de seguimiento. Y para hospitales certificados: Desarrollar al menos 3 acciones que permitan la adaptación de los SGA a los requisitos de la versión 2015. Fuente: ficha descriptiva de la acción.
- Monitorización de indicadores ambientales para seguimiento de los sistemas de gestión ambiental de acuerdo a la formulación consensuada desde la Subdirección General de Calidad Asistencial. Fuente: tabla de monitorización
- Desarrollo de buenas prácticas ambientales sostenibles: Al menos 3 para hospitales certificados y 1 para no certificados. Describir buenas prácticas ambientales orientadas al uso racional de los recursos naturales, de los transportes, eficiencia energética, disminución de emisiones, gestión de residuos, sustitución de productos peligrosos, gestión de proveedores, sensibilización ambiental.

5.3. PROMOCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA (RSSS) (Nº de actuaciones puestas en marcha): 2 actuaciones. Las actuaciones que deben desarrollarse son las dos siguientes: 1. el nombramiento de un responsable en la gerencia 2. la realización de un plan de acción para el año 2017 siguiendo las líneas marcadas por la Estrategia institucional de promoción de la RSSS Fuente: Designación de responsable (nombre, cargo y contacto) e informe de actuaciones (infraestructura establecida, líneas de actuación con cronograma y responsables y resultados obtenidos)

CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN

5.1. CONSOLIDACIÓN DE LA CULTURA DE EXCELENCIA Y LA APLICACIÓN DEL MODELO EFQM: Alcanzado (100%) si se documenta la planificación para el año en curso, con independencia que pueda haber avanzado en el proceso evaluador hacia la realización. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

5.2 DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS GESTIÓN AMBIENTAL (SGA): • Alcanzado 100% Si: 1) Implantación del sistema (no certificados) o acciones para adaptación a la vs 2015 (en certificados); 2) Monitorización de indicadores; 3) Implantación de buenas prácticas • Cumplimientos parciales: 40% si implantación/actualización; 30% si monitorización indicadores; 30% si buenas prácticas

5.3. PROMOCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA (RSSS): • Alcanzado 100% Si cumple las dos actuaciones • 70 % Si establece un plan de acción • 30% Si nombra responsable

OBJETIVO 6.-OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

INDICADOR	Porcentaje de desarrollo de actuaciones para mejorar la atención al dolor (Escalas de valoración del dolor y líneas de actuación Comité de Atención al dolor)
FÓRMULA:	(% cumplimiento implantación escalas valoración dolor)+ (% cumplimiento desarrollo líneas actuación Comités Atención al Dolor)/2
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye:</p> <p>6.1. IMPLANTACIÓN EN LOS SERVICIOS/UNIDADES DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR (Nº de servicios clínicos o unidades que tienen implantadas escalas de valoración del dolor/Nº de Servicios clínicos): 95%</p> <p>6.2. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR (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 deben desarrollarse las tres siguientes líneas prioritarias: 1. la atención al dolor en población infantil (en los hospitales sin pacientes en edad infantil seleccionar otra población vulnerable), 2. la inclusión de un representante de atención primaria para mejorar la continuidad asistencial y 3. promover la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos. Fuente: ficha comité.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO/ PONDERACIÓN	<p>6.1. IMPLANTACIÓN EN LOS SERVICIOS/UNIDADES DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR: 100% Si alcanzado en el 95% de los servicios/unidades. 80% Si alcanzado en el 80% de los servicios/unidades. 60% Si alcanzado en el 60% de los servicios/unidades. 40% Si alcanzado en el 50% de los servicios/unidades. Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora.</p> <p>6.2. DESARROLLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si al menos 5 líneas (Grupos 1,2 y 3) y 3 líneas (Apoyo, ME y Psq), incluyendo las tres prioritarias. • 80% Si al menos 4 líneas (Grupos 1,2 y 3) y 2 líneas (Apoyo, ME y Psq), incluyendo las tres prioritarias. • 60% Si al menos 3 líneas (Grupos 1,2 y 3) y 1 línea (Apoyo, ME y Psq), sobre líneas prioritarias • 40% Si al menos 2 líneas (Grupos 1,2 y 3) sobre líneas prioritarias • 20% Si al menos 1 línea (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre líneas prioritarias <p>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>

ANEXO IV: Fichas descriptivas de indicadores sintéticos del Área de Humanización.

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

INDICADOR	Indicador sintético del compromiso del equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable
FÓRMULA:	(% cumplimiento de actividad 1 + % cumplimiento de actividad 2 + % cumplimiento de actividad 3+ % cumplimiento de actividad 4)
META:	>95%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actuaciones que reflejan el compromiso del equipo directivo en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria y fomento de una organización saludable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Presentación a los profesionales de la misión, visión y valores de la humanización la carta de compromisos con la humanización y el decálogo de humanización. 2) Evaluación/análisis de situación inicial de la humanización en el centro, identificando fortalezas y áreas de mejora 3) Desarrollo de actividades formativas para mejorar la capacitación en humanización y disminución del estrés de los profesionales (prevención del desgaste profesional y manejo del estrés, habilidades de comunicación y detección precoz y manejo del duelo). 4) Elaboración de plan de acción para fomentar un centro saludable para los profesionales <p>Fuentes: Informes específicos. Memoria de actividades de formación del centro.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>Alcanzado el 100% si se han realizado las cuatro actividades propuestas, siendo la ponderación de cada una de ellas la siguiente:</p> <p>Actividad 1): 10%. Se considerará cumplida si se acredita la realización de esta sesión de presentación de los documentos citados.</p> <p>Actividad 2): 30%. Se considerará cumplida si el centro dispone de este informe de evaluación.</p> <p>Actividad 3): 30%. Se considerará cumplida si se realizan al menos 1 curso/año de cualquiera de los ámbitos citados en los hospitales de los grupos 1 y 4; al menos 2/año en hospitales del grupo 2. Al menos 3/año en hospitales del grupo 4. En caso de realizarse menos cursos de los marcados en la actividad, el 30% se disminuirá en proporción a los cursos que falten por realizarse.</p> <p>Actividad 4): 30%. Se considerará cumplida si el centro dispone de este plan de acción, de acuerdo a las indicaciones que se faciliten desde la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria.</p> <p><i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i></p>

OBJETIVO 2.- MEJORAR LA INFORMACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INDICADOR	Indicador sintético de la mejora de la información y acompañamiento
FÓRMULA:	(%cumplimiento de actividad 1 + % cumplimiento de actividad 2 + % cumplimiento de actividad 3)
META:	>95%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 2 actuaciones que inciden en la mejora de la información proporcionada y en el acompañamiento de los pacientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboración de procedimientos para facilitar el acompañamiento de los pacientes por parte de sus allegados en las siguientes áreas asistenciales: <ol style="list-style-type: none"> a. Hospitalización b. Urgencias c. Unidad de Cuidados Paliativos d. Unidad de Cuidados Intensivos e. Bloque Quirúrgico Pediátrico (acompañamiento en antequirófano) 2) Elaboración de un protocolo de información clínica a pacientes hospitalizados y acompañantes, estableciendo horarios adaptados a la actividad clínica y a las necesidades de pacientes y familiares, así como adecuación de espacios para proporcionar la información (privacidad y confort) 3) Creación de una figura de “coordinador” de información en casos de atención multidisciplinar en unidades de hospitalización <p>Fuentes: Informes específicos. Memoria del centro</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>Alcanzado el 100% si se han realizado las dos actividades propuestas, siendo la ponderación de cada una de ellas la siguiente:</p> <p>Actividad 1): 75%. Cada área asistencial contabilizará un 15%. Se considerará cumplida en el caso de la hospitalización y bloque quirúrgico, si existe este procedimiento en > 50% de las unidades. De igual manera, en caso de existir más de una unidad de urgencias, cuidados paliativos, o cuidados intensivos, se considerará cumplida si el procedimiento está establecido en > 50% de las unidades existentes.</p> <p>Actividad 2): 15%. Se considerará cumplida si se ha elaborado este protocolo de información y de dispone de espacios adecuados para proporcionarla en > 30% de las unidades descritas. En caso de cumplirse sólo una de las dos actividades, se contabilizará como 7,5%.</p> <p>Actividad 3): 10%. Se considerará cumplida si se ha creado esta figura de “coordinador” de información en > 30% de las unidades de hospitalización.</p> <p><i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i></p>

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

INDICADOR	Indicador sintético del implantación de otras actividades de humanización de la asistencia sanitaria
FÓRMULA:	(% cumplimiento de actividad 1 + % cumplimiento de actividad 2 + % cumplimiento de actividad 3+ % cumplimiento de actividad 4)
META:	>95%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actividades incluidas en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboración del protocolo para poder ofrecer un plan personalizado del parto a las gestantes. 2) Identificación de fuentes de ruido que potencialmente pueda interrumpir el descanso de los pacientes hospitalizados en horario nocturno y establecer plan de mejora 3) Desarrollo de jornada de sensibilización entre las unidades de psiquiatría hospitalaria y sus centros de salud mental de referencia para promover una atención humanizada hacia las personas con trastorno mental 4) Implementación de iniciativas que minimicen los desplazamientos del paciente oncológico para gestionar las diferentes citas sanitarias. <p>Fuentes: Memoria del centro. Informes específicos.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>Alcanzado el 100% si se han realizado las cuatro actividades propuestas, siendo la ponderación de cada una de ellas la siguiente:</p> <p>Actividad 1): 25%. Se considerará cumplida si se ha elaborado el protocolo descrito.</p> <p>Actividad 2): 25%. Se considerará cumplida si se ha medido en el 30% de las unidades de hospitalización del centro y realizado el plan de mejora. En caso de cumplirse sólo una de las dos actividades, se contabilizará como 12,5%.</p> <p>Actividad 3): 25%. Se considerará cumplida si se realiza al menos 1 jornada conjunta de sensibilización al año entre las unidades de psiquiatría hospitalaria y sus centros de salud mental de referencia.</p> <p>Actividad 4): 25%. Se considerará cumplida si se ha implantado al menos 1 iniciativa en hospitales de los grupos 1 y 4; 2 en hospitales del grupo 2 y 3 en los hospitales del grupo 3. Algunos ejemplos de iniciativas pueden ser: establecimiento de agendas propias para la realización de pruebas del hospital de día, citaciones no presenciales, citaciones centralizadas, figura del gestor de casos...</p> <p><i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i></p>

ANEXO V: Fichas descriptivas de indicadores sintéticos del Área de Atención al Paciente.

OBJETIVO 1.- MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS RECLAMACIONES	
INDICADOR	<p>Porcentaje de actuaciones para mejorar la atención al paciente a través de las reclamaciones</p> <p>(Objetivos de tiempo de respuesta, acciones de mejora e información a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos- UFGR)</p>
FÓRMULA:	(% cumplimiento de contestación en plazo a las reclamaciones + % cumplimiento de acciones de mejora derivadas de las reclamaciones+ % cumplimiento de traslado de información sobre reclamaciones a la UFGR)/3
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 3 actuaciones para facilitar la mejora de la organización a través de las reclamaciones de los pacientes:</p> <p>1) Contestación de las reclamaciones en menos de 30 días, considerando el tiempo de contestación el comprendido entre la fecha de entrada en SIAP y la fecha de cierre.</p> <p>2) Desarrollo de al menos 4 acciones de mejora derivadas de las reclamaciones, siendo criterios de priorización para la selección de las mismas: la magnitud del problema, la severidad del problema, su relación con la seguridad de los pacientes, la eficacia de la solución y la factibilidad de la solución.</p> <p>3) Remisión de información sobre reclamaciones a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos con el fin de mejorar la identificación de áreas de mejora de la seguridad de los pacientes. Se enviará la información que se extrae de manera automática en Cestrack cuando se solicita: 1. la cuantificación de reclamaciones por motivo en un periodo de tiempo, y 2. la relación de reclamaciones por motivo y submotivo en ese periodo de tiempo. El primer envío incluirá los informes del periodo de Diciembre de 2016 a Mayo de 2017 (Informe 1) y el segundo envío, los informes de Junio a Noviembre de 2016 (Informe 2). Así mismo, se facilitará a la UFGR la información que precisen sobre las reclamaciones seleccionadas para el análisis de la gestión de riesgos.</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>1.1 Contestación en plazo a las reclamaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%, si alcanzado en, al menos, el 96% de las reclamaciones • 70% si alcanzado entre el 93% y 95% de las reclamaciones • 30% si alcanzado entre el 90% y 92% de las reclamaciones <p>1.2 Acciones de mejora derivadas de las reclamaciones.</p>

- 100%, si al menos 4 acciones de mejora.
- 70% si 3 acciones de mejora
- 30% si dos acciones de mejora

1.3 Remisión de información sobre reclamaciones a la UFGR.

- 100%, si remisión dos informes semestrales al año
- 40% si remisión de 1 informe al año

La distribución de la ponderación del objetivo 1 de mejora de la atención al paciente a través de las reclamaciones será del 25% para el objetivo de plazo de contestación, 50% para las acciones de mejora y del 25% para la remisión de información a la UFGR.

Si objetivos no cumplidos: elaborar propuesta de mejora.

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

INDICADOR	Porcentaje de actuaciones para mejorar la información escrita dirigida a pacientes.
FÓRMULA:	(%valoración de documentos informativos dirigidos a pacientes+ % actividad de la comisión técnica de coordinación de la información (CTCI)+% identificación de documentos informativos valorados por la CTCI+% de entrega de guías de información al alta/4
META:	100%
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye 4 actuaciones para facilitar la mejora de la información escrita dirigida a los pacientes.</p> <p>1) Remisión de la relación de documentos dirigidos a los pacientes que han sido valorados y aprobados por la CTCI local. Cada documento valorado incluirá la siguiente información: 1. Nombre, 2. Objetivos (ejemplo: mejorar el conocimiento de recursos...) 3. Formato (póster, díptico...) 4. Fecha de visto bueno de la CTCI</p> <p>2) Formulario con la información sobre los profesionales que forman parte de la CTCI local y del número de reuniones desarrolladas durante el año, conforme a formato preestablecido por la SG de información y atención al paciente</p> <p>3) Identificación de los documentos aprobados por la CTCI dirigidos a pacientes a través de la inclusión en los mismos del epígrafe <i>“Documento aprobado por la comisión técnica de coordinación de la información del Hospital _con fecha_.”</i> De esta manera se pretende mejorar la fiabilidad percibida por pacientes y profesionales del material informativo, y contribuir al proceso de normalización documental del centro. .</p> <p>4) Entrega guías de información al alta a los pacientes hospitalizados. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. y se registrará si se incluyen en la carpeta, al menos, los siguientes documentos: Informe de Alta Médica, Informe de Enfermería (cuando la situación lo requiera), Informe de Trabajo Social (cuando la situación lo requiera), Recetas de medicación de nueva prescripción, Hoja de medicación y Citas para consultas o revisión indicadas. La Gerencia del hospital tendrá un Registro Específico de la entrega de la Guía de Información al Alta.</p>

CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN

El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:

2.1. Relación de documentos aprobados con nombre, objetivos, formato y fecha:

- 100%, relación de documentos aprobados con información completa.
- 70% si relación de documentos aprobados con información parcial
- 30% si relación de documentos aprobados sin información complementaria.

2.2. Información sobre miembros y actividad de la CTCI

- 100%, si formulario cumplimentado
- 40% si formulario parcialmente cumplimentado.

2.3. Porcentaje de documentos que pueden ser identificados como aprobados por la CTCI a través de la incorporación al final del documento de un epígrafe en el que se indique "*Documento aprobado por la comisión técnica de coordinación de la información del Hospital... con fecha ...*". Con este objetivo se pretende mejorar la fiabilidad percibida por pacientes y profesionales del material informativo, y contribuir al proceso de normalización documental del centro.

- 100%, si al menos el 50% de los documentos aprobados se identifican como aprobados por la comisión del hospital con fecha de aprobación
- 40% si entre el 30% y 50% de los documentos aprobados se identifican como aprobados por la comisión del hospital con fecha de aprobación.

2.4 Entrega guías de guías de información al alta a los pacientes hospitalizados. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. y se registrará si se incluyen en la carpeta, al menos, los siguientes documentos: Informe de Alta Médica, Informe de Enfermería (cuando la situación lo requiera), Informe de Trabajo Social (cuando la situación lo requiera), Recetas de medicación de nueva prescripción, Hoja de medicación y Citas para consultas o revisión indicadas. La Gerencia del hospital tendrá un Registro Específico de la entrega de la Guía de Información al Alta.

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

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 3.- PROMOVER LA ACTIVIDAD DE LOS COMITÉS DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA

INDICADOR	Promoción la actividad de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS)
FÓRMULA:	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de hospitales con CEAS en activo, número de reuniones anuales • En el caso de hospitales sin CEAS, constitución de la comisión promotora del Comité
META:	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de hospitales con CEAS, al menos 10 reuniones al año. • En el caso de hospitales sin CEAS, comisión promotora constituida.
ACLARACIONES:	<p>Este indicador incluye una sola actuación que varía en función de que el hospital cuente o no con CEAS.</p> <p>En el caso de que cuente con CEAS, se valorará el número de reuniones desarrolladas a lo largo del año, siendo la meta al menos 10 reuniones.</p> <p>En el caso de que no se cuente con CEAS, el objetivo del centro será la constitución de la comisión promotora -necesaria según normativa- para la solicitud posterior de la acreditación del CEAS.</p> <p>El cumplimiento de los objetivos deberá verificarse, por la unidad administrativa competente de la acreditación y renovación de la acreditación de CEAS, con la memoria anual de actividades de cada CEAS que obligatoriamente han de remitirle en el primer trimestre del año siguiente.</p> <p>En el caso de hospitales sin CEAS (apartado siguiente): * Se refiere fundamentalmente, aunque no de forma exclusiva, a las funciones recogidas en la legislación (análisis de casos, valoración de hojas de información para consentimiento informado, actividades formativas, etc.).</p>
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>3.1A En el caso de hospitales con CEAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% si se celebran al menos 10 reuniones al año. • 75% si se celebran entre 7, 8 o 9 reuniones. • 0 % si se celebran menos de 7 reuniones <p>3.1B. En el caso de hospitales sin CEAS,: </p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% si se constituye la comisión promotora del CEAS y ha iniciado actividades que avalen su posterior funcionamiento como CEAS* (ver en aclaraciones) • 75% si se ha constituido la comisión y no ha desarrollado actividades que avalen su posterior funcionamiento como CEAS* (ver en aclaraciones)