

PLAN DE AUDITORÍAS
Centros, Servicios y
Establecimientos Sanitarios de
Gestión Indirecta
2017 - 2018

Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Consejero de Sanidad

Viceconsejero de Sanidad

Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Coordina: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Equipo de Redacción:

- Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
- Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria
- Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias
- Dirección General de Inspección y Ordenación
- Dirección General de Salud Pública

INDICE

1.	JUSTIFICACIÓN	7
2.	ALCANCE Y OBJETIVOS	9
3.	DISEÑO Y METODOLOGÍA	11
4.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	13
5.	AUDITORÍAS DE CARÁCTER SANITARIO	17
5.1	EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS PARA LOS HOSPITALES DE GESTIÓN INDIRECTA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	19
5.2	EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ESTABLECIDOS PARA LOS HOSPITALES DE GESTIÓN INDIRECTA.....	21
5.3	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) AL PROTOCOLO ESTABLECIDO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	23
5.4	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES (ANEO) AL PROTOCOLO DE CRITERIOS DE USO DE ANEO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	26
5.5	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES (ANTICUERPOS MONOCLONALES PCK9: ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB) A LAS INDICACIONES FINANCIADAS POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).....	29
5.6	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA PRESTACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS	31
5.7	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PERSONALIZADO (CAP)	33
5.8	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA UNIDAD CENTRAL DE RADIODIAGNÓSTICO (UCR).....	35
5.9	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL LABORATORIO CLÍNICO CENTRAL (LCC).....	38
5.10	EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) EN CENTROS SANITARIOS CONCESIONADOS.....	40
5.11	EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SERVICIOS SANITARIOS DE CENTROS SANITARIOS CONCESIONADOS DEL SERMAS	42
5.12	EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y CONTROLES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN INDIRECTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	44

5.13	AUDITORÍA DE ACTIVIDAD SANITARIA DE CENTROS DE GESTIÓN INDIRECTA	46
5.14	AUDITORÍA DE FACTURACIÓN INTERCENTROS	48
6.	AUDITORÍAS DE CARÁCTER NO SANITARIO.....	50
6.1	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	51
6.2	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	53
6.3	AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	55
6.4	AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	57
6.5	AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN	59
6.6	AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO	61
7.	CRONOGRAMA.....	63
8.	FINANCIACIÓN.....	70

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, en la Comunidad de Madrid están funcionando hospitales y servicios sanitarios públicos que están siendo gestionados bajo distintas modalidades, tales como la concesión administrativa, el convenio singular o el concierto singular.

En el primer caso de las concesiones administrativas, se hace referencia a la prestación tanto de los servicios sanitarios como los no sanitarios; y se trata de los hospitales universitarios Infanta Elena, Rey Juan Carlos, Torrejón y el Hospital General de Villalba. Y el denominado Laboratorio Clínico Central, que presta sus servicios a los hospitales públicos madrileños Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo y a sus Áreas de influencia de Atención Primaria.

Con el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, existe un convenio de colaboración en materia de asistencia sanitaria acordado entre el Ministerio de Defensa y la Consejería de Sanidad; y en cuanto al Hospital Fundación Jiménez Díaz, es objeto de un convenio singular de carácter marco con el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Además, se han establecido contratos de gestión de servicios públicos, como el denominado "Creación, mantenimiento y gestión integral del Centro de Atención Personalizada (CAP) para el Servicio Madrileño de Salud. Y los relacionados con las terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en la Comunidad de Madrid.

Y no podemos olvidarnos de la existencia de empresas públicas como la Unidad Central de Radiodiagnóstico, unidad transversal, que presta apoyo a las unidades bajo su área de influencia.

En el contexto sanitario descrito, es preciso establecer estrategias dirigidas a proteger el interés público y garantizar que las entidades prestadoras del servicio sanitario público se atienen en todo momento a sus obligaciones, velando, asimismo, por el adecuado funcionamiento y la disponibilidad y calidad de los servicios.

Con este fin, y al objeto de evaluar la calidad en la prestación del servicio sanitario público, la Consejería de Sanidad ha desarrollado dos planes de Auditorías de Centros y Servicios Sanitarios de Gestión Indirecta durante los años 2013-2014 y 2015-2016, que han demostrado ser una herramienta fundamental para esta valoración y para llevar a cabo actuaciones coordinadas a la hora de evaluar la calidad de las prestaciones asistenciales en los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta del ámbito del SERMAS.

En este momento, la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria tiene atribuidas las competencias de supervisión, control e interlocución en el ámbito del servicio público de atención sanitaria especializada prestada por el SERMAS a través de diferentes fórmulas de gestión previstas en la normativa vigente.

Para ello, esta unidad directiva desarrolla funciones que abarcan la vigilancia y el control de cumplimiento de las obligaciones del prestador del servicio, el impulso de auditorías de control de actividad, de la organización y de la gestión de la asistencia sanitaria a través de la evaluación y las auditorías de los distintos medios, dispositivos y prestaciones.

Asimismo, los pliegos que regulan los contratos de concesión de la atención sanitaria especializada establecen que la Administración podrá ejercer cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la realización del objeto del contrato. También disponen que el centro se someterá a cuantas auditorías sean necesarias para la comprobación del cumplimiento de estos requisitos, así como para verificar el resultado de los indicadores propuestos.

En este escenario, y en cumplimiento de las funciones que tiene encomendadas, la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria pretende impulsar el desarrollo de auditorías de la organización y de la gestión de la asistencia sanitaria, mediante una actuación coordinada con otras unidades directivas de la Consejería de Sanidad, dentro del ámbito competencial de cada una de ellas.

Resulta de especial interés la colaboración con la Dirección General de Inspección y Ordenación, a la que corresponde la evaluación sanitaria de los centros y servicios que conforman el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid y la elaboración y el seguimiento del Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El presente Plan de Auditorías de Centros y Servicios Sanitarios 2017-2018 supone una continuación de las líneas y estrategias establecidas en el anterior Plan, desarrollado en el periodo 2015-2016, aunque también incluye nuevos programas de auditorías. Este Plan pretende constituir un instrumento primordial para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria especializada en el ámbito del SERMAS.

2. ALCANCE Y OBJETIVOS

ALCANCE

Este Plan de Auditorías 2017-2018 se centra en los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta del ámbito del SERMAS. Alcanza por tanto los centros sanitarios del SERMAS gestionados bajo la modalidad de concesión administrativa (Hospital Universitario Infanta Elena, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Universitario de Torrejón y Hospital General de Villalba), aquellos sujetos a un convenio y/o concierto singular (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”); servicios sanitarios objeto de un contrato de gestión de servicio público (Laboratorio Clínico Central, Centro de Atención Personalizada y la prestación de Terapias Respiratorias Domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida) y la empresas pública (Unidad Central de Radiodiagnóstico).

No obstante lo anterior, se ha decidido incluir en los programas de auditorías algunos centros sanitarios de gestión directa pertenecientes al mismo grupo de hospitales que los de gestión indirecta seleccionados, al objeto de poder comparar los resultados obtenidos y verificar, en casos muy concretos, si hay diferencias significativas en los resultados en función del modelo de gestión.

De este modo, el Plan alcanza a 24 hospitales del SERMAS, entre los que se incluyen los 6 hospitales citados de gestión indirecta.

OBJETIVOS

• General

Evaluar la calidad en la prestación del servicio sanitario público de atención especializada en los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta existentes en la actualidad en la Comunidad de Madrid.

• Específicos

1. Impulsar la coordinación entre las diferentes unidades directivas del SERMAS y con la Dirección General de Inspección y Ordenación en relación a la evaluación de la calidad de las prestaciones asistenciales de los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta.
2. Verificar el cumplimiento por parte de los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta de los objetivos de calidad, información y atención al paciente y de continuidad asistencial, que con carácter anual el SERMAS establece para los hospitales y servicios de la red sanitaria pública.
3. Verificar la actividad sanitaria realizada en los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta, previa a la liquidación anual.
4. Verificar que la prestación farmacéutica en los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta se realiza acorde con las directrices establecidas por el SERMAS.
5. Comprobar el cumplimiento de las instrucciones del SERMAS en la prestación de terapias respiratorias domiciliarias, así como las obligaciones de las entidades suministradoras.
6. Verificar la disponibilidad de recursos humanos en los servicios sanitarios de centros sanitarios concesionados.
7. Verificar la implantación de sistemas y controles de seguridad alimentaria en los hospitales del SERMAS.
8. Verificar la calidad y disponibilidad de los servicios no sanitarios en los centros sanitarios concesionados.
9. Impulsar la puesta en marcha de planes de acción orientados a implantar acciones de mejora en caso de encontrar desviaciones con respecto a los resultados esperados.

3. DISEÑO Y METODOLOGÍA

La planificación ha sido abordada desde una perspectiva integral, estableciendo objetivos estratégicos y operativos, así como actuaciones medibles para el desarrollo de la programación.

Se ha diseñado, por tanto, un Plan operativo que define los objetivos a alcanzar a corto plazo, en el periodo 2017-2018, concreta las actividades a desarrollar para alcanzarlos y propone indicadores y estándares que permiten el seguimiento y la evaluación del mismo.

En la elaboración de este Plan de Auditorías se ha considerado el desarrollado en el periodo 2015-2016, partiendo de las líneas y estrategias establecidas en el mismo, aunque se incluyen nuevos programas de auditorías que abordan la evaluación de otros aspectos de la asistencia especializada no contemplados en el anterior Plan.

La programación de auditorías se ha realizado en base a una estrategia consensuada con los actores institucionales implicados en su definición, desarrollo y ejecución, teniendo en cuenta los ámbitos a auditar. Para ello se ha establecido un marco de coordinación institucional entre unidades directivas de la Consejería de Sanidad: Direcciones Generales de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia, Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias, Salud Pública y de Inspección y Ordenación.

Los objetivos fundamentales de esta coordinación son los siguientes:

- ✓ Identificar y priorizar las áreas a auditar.
- ✓ Constituir grupos de trabajo de coordinación funcional para el desarrollo operativo del diseño, programación y ejecución de las auditorías.
- ✓ Valorar y establecer los circuitos necesarios para el seguimiento de las actividades programadas en el Plan.

Para identificar y priorizar las áreas a auditar en los centros y servicios sanitarios de gestión indirecta se han considerado: los objetivos de actuación que con carácter anual el SERMAS establece para los hospitales de la red sanitaria pública; las obligaciones de las entidades adjudicatarias de los actuales contratos de gestión de servicios de atención sanitaria especializada; las obligaciones de prestación de servicios y los criterios de calidad establecidos en los actuales convenios suscritos para la atención sanitaria especializada a población protegida del SERMAS; y los Planes Parciales de Evaluación Sanitaria y de Inspección en Higiene, Calidad y Seguridad Alimentaria, del Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid para el período 2016 a 2018, coordinado por la Dirección General de Inspección y Ordenación.

De este modo, y considerando el alcance y los objetivos de los programas de auditoría, se determinaron las unidades directivas responsables de cada programa, así como las encargadas de su ejecución.

El desarrollo operativo de la programación y ejecución de las auditorías se ha planificado siguiendo una metodología de trabajo en equipo, constituyendo grupos de trabajo de coordinación funcional en los que están representadas las unidades responsables de cada programa. Esta estructura ha permitido consensuar y acordar los objetivos, la elaboración de los protocolos de auditoría y su pilotaje, así como la selección de los centros a auditar.

La coordinación general del Plan, así como el seguimiento de las actuaciones programadas, corresponde a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria a través de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

Para el seguimiento del avance de la programación prevista en el Plan, la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria establecerá un sistema de registro y monitorización de su ejecución. Se realizarán balances de seguimiento de las actividades programadas con el propósito de revisar el progreso en la ejecución de las auditorías, identificar problemas en la planificación y/o en la puesta en práctica y llevar a cabo los ajustes necesarios para favorecer el cumplimiento de los objetivos. Asimismo, se realizará una evaluación final al objeto de valorar el cumplimiento del Plan.

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La distinta naturaleza y los diferentes propósitos del seguimiento y de la evaluación obligan a separar ambos conceptos.

SEGUIMIENTO DEL PLAN

El seguimiento del Plan se concibe como un sistema de recolección continuo y sistemático de información cuyo análisis obedece al propósito de monitorizar el proceso de aplicación del Plan y tomar las decisiones oportunas: corregir o reforzar aspectos que permitan el logro de los fines buscados, detectar las desviaciones que ocurran durante su ejecución, proveer información sobre la factibilidad de las intervenciones y alertar a tiempo sobre situaciones no deseadas a las que pueda conducir el Plan.

Para ello, en los programas de auditoría del Plan se han formulado indicadores acordes con las actividades definidas y los resultados esperados. Se llevarán a cabo balances de seguimiento de las actividades programadas en julio de 2017, diciembre de 2017 y julio de 2018, que permitirán medir su grado de cumplimiento facilitando así la rendición de cuentas sobre la ejecución del Plan.

Los balances de seguimiento se establecerán a partir de los registros de las actividades de acuerdo con los siguientes indicadores:

- ✓ **De proceso.** Cumplimiento de las actividades de cada programa de auditoría.

Nivel de ejecución de actividades	Constitución de grupo de trabajo funcional: SÍ/NO
	Desarrollo de concurso público: SÍ/NO*
	Elaboración del programa funcional de auditoría: SÍ/NO*
	Elaboración del protocolo de auditoría: SÍ/NO
	Pilotaje del protocolo: SÍ/NO

* A considerar únicamente en los programas cuyas auditorías se ejecuten a través de contratos con entidades externas.

Para evaluar el grado de ejecución de las auditorías se han determinado los siguientes criterios e indicadores:

Criterios de ejecución de auditoría	Ejecutada: realizada y emitido informe de auditoría
	Iniciada: su ejecución se ha iniciado pero no se ha emitido informe de auditoría
	Reprogramada: su ejecución se pospone para el siguiente trimestre
	Suprimida: su ejecución se ha desestimado

Grado de ejecución de auditorías	Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta >95%
	Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas ; meta >95%
	Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta <5%
	Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta <5%
	Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de las auditorías programadas* ; meta >95%

*Se consideran puestas en marcha las auditorías ejecutadas más las iniciadas.

✓ **De resultado.** Productos de auditoría.

Se consideran productos de auditoría generados por el Plan:

- Los informes emitidos sobre centros auditados.
- Los planes de mejora elaborados por los centros auditados.

Nivel de productos de auditoría generados	Porcentaje de informes emitidos en relación a las auditorías programadas; meta >95%
	Porcentaje de planes de mejora solicitados en relación a los centros auditados que precisan actuaciones de mejora; meta >95%
	Porcentaje de planes de mejora elaborados en relación a los planes de mejora solicitados; meta >95%
	Porcentaje de planes de mejora elaborados en relación a los centros auditados que precisan actuaciones de mejora; meta >95%

EVALUACIÓN DEL PLAN

La evaluación del Plan se concibe como la recopilación y análisis de información que permitirá emitir juicios sobre el mérito y valor del Plan, siempre con la intención de mejorarlo y rendir cuentas y responsabilidades. Se centrará no sólo en el proceso de ejecución de las acciones, sino también en su diseño y en sus resultados, acorde con los indicadores establecidos.

Se realizará una evaluación final de cada programa de auditoría y del conjunto del Plan en el primer trimestre de 2019 al objeto de valorar su cumplimiento. Asimismo, se valorarán los resultados obtenidos con el Plan y en cada programa en función de los objetivos establecidos.

Esta evaluación se realizará considerando, al menos, los siguientes criterios e indicadores:

- ✓ **De proceso:** Cumplimiento de cada programa de auditoría y su grado de ejecución en el conjunto del Plan.

Grado de cumplimiento del programa de auditoría	Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%
	Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%
	Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%
	Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%
	Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas*; meta > 95%
	Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa**; meta > 95%

*Se consideran puestas en marcha las auditorías ejecutadas más las iniciadas.

**Se considera auditado el centro en el que se han ejecutado las auditorías programadas.

Criterios de ejecución del programa de auditoría	Ejecutado: ejecutadas, al menos, 80-90% de las auditorías programadas
	Iniciado: ejecutada, al menos, una auditoría del programa
	Suprimido: su ejecución se ha desestimado

Grado de cumplimiento del Plan	Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías planificadas*; meta > 95%
	Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías planificadas; meta > 95%
	Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías planificadas; meta > 95%
	Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías planificadas; meta < 5%
	Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías planificadas; meta < 5%
	Porcentaje de programas ejecutados en relación al total de programas del Plan; meta > 95%
	Porcentaje de programas iniciados en relación al total de programas del Plan; meta > 95%
	Porcentaje de programas suprimidos en relación al total de programas del Plan; meta < 5%
Porcentaje de programas que se han puesto en marcha en relación al total de programas del Plan**; meta 100%	

*Se consideran puestas en marcha las auditorías ejecutadas más las iniciadas.

** Se consideran puestos en marcha los programas ejecutados más los iniciados.

✓ **De resultado:** Resultados de cada programa de auditoría y del Plan en su conjunto.

Grado de cumplimiento del programa de auditoría	Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%
	Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%
	Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%
	Valoración de objetivos del programa alcanzados en relación con los programados

Grado de cumplimiento del Plan	Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%
	Valoración de objetivos del Plan alcanzados en relación con los planificados

5. AUDITORÍAS DE CARÁCTER SANITARIO

- 5.1. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos para los hospitales de gestión indirecta del Servicio Madrileño de Salud.
- 5.2. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de continuidad asistencial establecidos para los hospitales de gestión indirecta.
- 5.3. Adecuación de la prescripción de medicamentos para la Esclerosis Múltiple (EM) al protocolo establecido en la Comunidad de Madrid.
- 5.4. Adecuación de la prescripción de fármacos antineoplásicos orales (ANEO) al protocolo de Criterios de Uso de ANEO en la Comunidad de Madrid.
- 5.5. Adecuación de la prescripción de los nuevos fármacos hipolipemiantes (anticuerpos monoclonales PCK9: Alirocumab y Evolocumab) a las indicaciones financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- 5.6. Evaluación de la calidad de la prescripción y la prestación de terapias respiratorias domiciliarias.
- 5.7. Evaluación de la calidad de la prestación del servicio del Centro de Atención Personalizada (CAP).
- 5.8. Evaluación de la calidad de la prestación del servicio de la Unidad Central de Radiodiagnóstico.
- 5.9. Evaluación de la calidad de la prestación del servicio del Laboratorio Clínico Central.
- 5.10. Evaluación de la prestación de la asistencia sanitaria de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Centros Sanitarios Concesionados.
- 5.11. Evaluación de la disponibilidad de recursos humanos en servicios sanitarios de centros sanitarios concesionados del SERMAS.

- 5.12. Evaluación de los sistemas y controles de seguridad alimentaria en los hospitales públicos de gestión indirecta de la Comunidad de Madrid.
- 5.13. Auditoría de actividad sanitaria de centros de gestión indirecta.
- 5.14. Auditoría de facturación intercentros.

5.1 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS PARA LOS HOSPITALES DE GESTIÓN INDIRECTA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria con el fin de mejorar la calidad asistencial de los hospitales de la red sanitaria pública, establece cada año objetivos institucionales en el área de calidad.

El seguimiento de estos objetivos se realiza desde la Subdirección General de Calidad Asistencial y el análisis de los resultados permite valorar el cumplimiento global de objetivos, conocer la situación de cada centro con respecto al resto de hospitales y establecer planes de mejora en aquellos objetivos que no han alcanzado la meta establecida.

Dentro de este ciclo de mejora continua, y con el objetivo de fortalecer y aportar mayor rigor al proceso de evaluación, se incluye la realización de auditorías de verificación del cumplimiento de estos objetivos por parte de los profesionales de la Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación, de la Dirección General de Inspección y Ordenación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Verificar el cumplimiento de los objetivos de calidad asistencial en los hospitales de gestión indirecta del Servicio Madrileño de Salud.

Objetivos específicos

- ✓ Comprobar el cumplimiento de los objetivos de calidad asistencial en sus diferentes segmentos de actuación (calidad percibida, seguridad del paciente o gestión de la calidad).
- ✓ Identificar áreas de mejora relacionadas con el cumplimiento de estos objetivos para poder solicitar planes de acción.
- ✓ Revisar la definición y los criterios de cumplimiento de los diferentes objetivos.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ S.G. de Calidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria ▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional de auditoría
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje del protocolo
- Ejecución del trabajo de campo de la auditoría
- Remisión de informes con solicitud, en su caso, de planes de mejora

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Establecimiento de planes de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros programados; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios

5.2 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ESTABLECIDOS PARA LOS HOSPITALES DE GESTIÓN INDIRECTA

JUSTIFICACIÓN

La entrada en vigor en 2010 de la libertad de elección y del Área Sanitaria Única en la Comunidad de Madrid, propició la puesta en marcha desde la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de una estrategia en continuidad asistencial, que contempló la creación de la figura de Director de Continuidad Asistencial ubicada en hospitales con dependencia orgánica de las Direcciones Gerencias y la inclusión en el contrato programa de hospitales de indicadores vinculados a este área de interés.

OBJETIVOS

Objetivo general

Verificar el cumplimiento de los objetivos de continuidad asistencial establecidos en el contrato-programa de los hospitales de la red sanitaria de utilización pública de la Comunidad de Madrid.

Objetivos específicos

Verificar el cumplimiento de los objetivos de continuidad asistencial del contrato programa de hospitales con los referentes de la unidad de gestión de atención primaria correspondiente.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Continuidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria ▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla
- Hospital General de Villalba

Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- Hospital Universitario del Sureste

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.3 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) AL PROTOCOLO ESTABLECIDO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se han comercializado varios medicamentos para el tratamiento de la EM. La variabilidad observada entre hospitales de los costes medios por paciente y año que se miden a través de los indicadores, sugiere la variabilidad clínica de los tratamientos entre los hospitales. En este contexto se pretende elaborar un protocolo de tratamiento para la EM (Julio – diciembre 2017).

OBJETIVOS

Objetivo general

Valorar el cumplimiento del protocolo.

Objetivos específicos

Asegurar la equidad de tratamientos entre los pacientes.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria ▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Continuidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla
- Hospital General de Villalba

Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario del Sureste
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Hospital Universitario de La Princesa
- Hospital Universitario del Henares
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Universitario de Móstoles
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Hospital Universitario Severo Ochoa
- Hospital Universitario de Fuenlabrada
- Hospital Universitario Infanta Cristina
- Hospital Universitario Doce de Octubre

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.4 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES (ANEO) AL PROTOCOLO DE CRITERIOS DE USO DE ANEO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

JUSTIFICACIÓN		
<p>En los últimos años se han comercializado muchos ANEO para el tratamiento de las patologías oncohematológicas con un elevado impacto sanitario y económico. Es importante establecer criterios de uso en los distintos tipos de tumores para mejorar la utilización de los ANEO en función de su evidencia científica y de su eficiencia. En este contexto se pretende elaborar varios protocolos de Criterios de Uso de ANEO (enero – marzo 2017)</p>		
OBJETIVOS		
Objetivo general		
<p>Valorar el cumplimiento de los protocolos</p>		
Objetivos específicos		
<p>Mejorar la utilización de los ANEO en función de su evidencia científica y de su eficiencia.</p>		
UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS		
Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria
ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitución de grupo funcional ▪ Elaboración del protocolo de auditoría ▪ Pilotaje ▪ Ejecución de la auditoría 		

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla
- Hospital General de Villalba

Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario del Sureste
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Hospital Universitario de La Princesa
- Hospital Universitario del Henares
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Hospital Universitario Severo Ochoa
- Hospital Universitario 12 de Octubre
- Hospital Universitario del Tajo

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

Sí No

Constitución del grupo funcional

Elaboración del protocolo de auditoría

Pilotaje del protocolo

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%
Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%
Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%
Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%
Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%
Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%
Resultados obtenidos
Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa
Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.5 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES (ANTICUERPOS MONOCLONALES PCK9: ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB) A LAS INDICACIONES FINANCIADAS POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

JUSTIFICACIÓN		
<p>En este último año ha aparecido un nuevo grupo de fármacos hipolipemiantes (anticuerpos monoclonales PCK9) de dispensación hospitalaria y de alto impacto económico. Es importante adecuar la prescripción de estos fármacos a las indicaciones establecidas y financiadas en el SNS para asegurar su correcta utilización en beneficio de los pacientes que realmente lo necesiten. Inclusión de las indicaciones y recomendaciones de uso en la actualización del Documento ya elaborado de "Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular" (septiembre - diciembre 2016)</p>		
OBJETIVOS		
Objetivo general		
Valorar el cumplimiento de las indicaciones financiadas		
Objetivos específicos		
Asegurar la correcta utilización de estos nuevos fármacos.		
UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS		
Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria ▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria
ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitución de grupo funcional ▪ Elaboración del protocolo de auditoría ▪ Pilotaje ▪ Ejecución de la auditoría 		

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla
- Hospital General de Villalba

Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario de Móstoles
- Hospital Universitario Doce de Octubre
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.6 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA PRESTACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

JUSTIFICACIÓN

El Servicio Madrileño de Salud tiene suscritos contratos de gestión de servicios públicos, entre los que se incluye la prestación de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

El Servicio Madrileño de Salud ha emitido las consecuentes instrucciones para la regulación de la prestación de las técnicas de terapias respiratorias a domicilio. En los diferentes pliegos de prescripciones técnicas se especifican las características técnicas así como los requisitos que se deben cumplir en la prestación de estos servicios.

Por razones operativas, se ha decidido centrar la evaluación en las dos terapias cuantitativamente más significativas:

- Oxigenoterapia, en sus diferentes modalidades
- Tratamiento de la apnea del sueño

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el grado de implantación y desarrollo de la oxigenoterapia crónica domiciliaria, en sus diferentes modalidades, y del tratamiento ventilatorio domiciliario del síndrome de apnea del sueño, evaluando la calidad de la prestación, su consumo, las medidas de control y seguimiento, así como el cumplimiento de las obligaciones de las entidades suministradoras.

Objetivos específicos

- ✓ Evaluar el grado de cumplimiento por parte de los centros prescriptores de las instrucciones elaboradas por el Servicio Madrileño de Salud para la regulación de la prestación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio.
- ✓ Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos mínimos sobre especificaciones técnicas, prestación del servicio y recursos humanos que deben cumplir las entidades adjudicatarias para la prestación de oxigenoterapia y el tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea obstructiva del sueño.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Equipo auditor

- Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación

Apoyo/Asesoramiento

- D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

Centros de gestión directa

- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario del Sureste
- Hospital Universitario de la Princesa
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Hospital Universitario de Getafe
- Hospital Universitario 12 de Octubre

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.7 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PERSONALIZADO (CAP)

JUSTIFICACIÓN

El Servicio Madrileño de Salud ha suscrito un contrato de gestión de servicios públicos para la atención telefónica a los usuarios de la sanidad pública, así como la gestión de citas, la libre elección de hospital y médico; además de la gestión de otros sistemas de citación vía online, los quioscos digitales y app para móviles “Cita Sanitaria Madrid”.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer y analizar los procesos del servicio de atención personalizada (CAP), con el fin de evaluar el grado de calidad y disponibilidad del servicio; así como identificar aquellos problemas que pudieran afectar a la prestación de este servicio, evaluando el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Objetivos específicos

- ✓ Evaluar la medición del servicio que presta el centro adjudicatario, de la operativa que realiza y el tratamiento de las bases de datos.
- ✓ Evaluar el proceso de selección y formación de los recursos humanos.
- ✓ Evaluar los procedimientos utilizados y la manualización de los mismos.
- ✓ Evaluar el proceso de mejora continua del servicio y sus planes de calidad.
- ✓ Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos mínimos sobre especificaciones técnicas, prestación del servicio y recursos humanos que deben cumplir la entidad adjudicataria para la prestación del servicio.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Equipo auditor

- Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación

Apoyo/Asesoramiento

- D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.8 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA UNIDAD CENTRAL DE RADIODIAGNÓSTICO (UCR)

JUSTIFICACIÓN

La Unidad Central de Radiología (en adelante UCR), fue fundada en 2007 por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid como una empresa pública (Ley 7/2007 de 21 de diciembre). Su objetivo, fue dar asistencia radiológica a las áreas de población que atienden los hospitales: Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, Infanta Leonor de Vallecas, Infanta Cristina de Parla, Hospital del Sureste en Arganda, Hospital del Henares en Coslada y Hospital del Tajo en Aranjuez.

Se planteó como un modelo de gestión centralizada de varios servicios de Radiología, en distinta localización geográfica, basada en una red de comunicación de alta velocidad y sistemas de gestión compartidos de la información, gestionados de manera conjunta por una empresa pública independiente.

OBJETIVOS

Objetivo general

Verificar el cumplimiento de los objetivos correspondientes al área de calidad y seguridad del paciente, establecidos en nuestros hospitales, en la Unidad Central de Diagnóstico.

Objetivos específicos

- ✓ Verificar la seguridad del paciente en la organización.
- ✓ Verificar la implantación y desarrollo de prácticas seguras.
- ✓ Verificar la mejora de la calidad percibida.
- ✓ Verificar el desarrollo de la gestión de calidad.
- ✓ Verificar el cumplimiento de objetivos de información y atención al paciente.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> • Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria • Subdirección General de Información y Atención al Paciente. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria • Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

SERVICIO SANITARIO A AUDITAR

Centros de gestión directa

- Unidad Central de Radiodiagnóstico

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión directa

- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario del Sureste
- Hospital Universitario del Henares
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Infanta Cristina
- Hospital Universitario del Tajo

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informe de auditoría
- Plan de mejora en la Unidad Central de Radiodiagnóstico

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por Unidad Central de Radiodiagnóstico

5.9 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL LABORATORIO CLÍNICO CENTRAL (LCC)

JUSTIFICACIÓN

El Servicio Madrileño de Salud suscribió en diciembre de 2008 un contrato de gestión por concesión del servicio público de la atención sanitaria de laboratorio clínico correspondiente a la población protegida de los hospitales Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y el Hospital del Tajo de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Desde junio de 2009, los servicios que se prestan son todos los incluidos en el ámbito del servicio de laboratorio clínico aprobados en cada momento por la Administración del Estado en la Cartera de Servicios básica y común del Sistema Nacional de Salud y los que sean aprobados por la normativa de la Comunidad de Madrid, en las áreas de: Análisis Clínicos, Hematología analítica, Microbiología y Parasitología, Inmunología, Genética, Pruebas de compatibilidad de sangre y componentes sanguíneos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Verificar el cumplimiento de las condiciones del contrato suscrito entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad y la empresa concesionaria BR Salud sobre la atención sanitaria del servicio de laboratorio clínico.

Objetivos específicos

- ✓ Verificar las características de recursos y de calidad de los siguientes aspectos:
 - Recursos humanos
 - Equipamiento
 - Fase preanalítica – Transporte de muestras
 - Fase analítica
 - Fase postanalítica

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

SERVICIO SANITARIO A AUDITAR	CENTROS SANITARIOS A AUDITAR	
Centros de gestión indirecta	Centros de gestión directa	
<ul style="list-style-type: none"> Laboratorio Clínico Central 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Universitario Infanta Leonor Hospital Universitario del Sureste Hospital Universitario del Henares Hospital Universitario Infanta Sofía Hospital Universitario Infanta Cristina Hospital Universitario del Tajo 	
PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA		
<ul style="list-style-type: none"> Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos 		
EVALUACIÓN		
Nivel de ejecución de actividades		
	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meta: "Sí" en los tres ítems		
Grado de cumplimiento del programa		
Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%		
Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%		
Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%		
Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%		
Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%		
Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%		
Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%		
Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%		
Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%		
Resultados obtenidos		
Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa		
Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta		

5.10 EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) EN CENTROS SANITARIOS CONCESIONADOS

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria tiene atribuidas las competencias de supervisión, control e interlocución en el ámbito del servicio público de atención sanitaria especializada prestada por el SERMAS a través de diferentes fórmulas de gestión previstas en la normativa vigente. Tal es el caso de los hospitales gestionados por contratos de concesión de la asistencia sanitaria especializada.

Los pliegos que regulan los citados contratos establecen las obligaciones de las entidades adjudicatarias y, respecto a la cartera de servicios, indican que la empresa concesionaria deberá disponer en todo momento del plan asistencial y los recursos necesarios y suficientes para garantizar la calidad de las prestaciones asistenciales.

Así mismo, el adjudicatario está obligado a que el centro disponga, durante la vigencia del contrato y para el cumplimiento de los objetivos asistenciales previstos en el mismo, de las instalaciones y los recursos tanto humanos como materiales necesarios, para realizar con eficacia, calidad y garantía las actividades objeto del contrato.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la estructura, el funcionamiento y la prestación asistencial de las Unidades de Diálisis en los servicios sanitarios de los centros sanitarios concesionados.

Objetivos específicos

Verificar la disponibilidad y características funcionales de las Unidades de Diálisis en los centros concesionados para la realización de las actividades objeto del contrato y el cumplimiento de los objetivos asistenciales previstos en el mismo en materia de asistencia sanitaria para el tratamiento de la IRC.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Equipo auditor

- Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación

Apoyo/Asesoramiento

- D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospital Universitario Severo Ochoa

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.11 EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SERVICIOS SANITARIOS DE CENTROS SANITARIOS CONCESIONADOS DEL SERMAS

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria tiene atribuidas las competencias de supervisión, control e interlocución en el ámbito del servicio público de atención sanitaria especializada prestada por el SERMAS a través de diferentes fórmulas de gestión previstas en la normativa vigente. Tal es el caso de los hospitales gestionados por contratos de concesión de la asistencia sanitaria especializada.

Los pliegos que regulan los citados contratos establecen las obligaciones de las entidades adjudicatarias y, respecto a los recursos humanos, indican que la empresa concesionaria deberá disponer en todo momento del personal necesario y suficiente para garantizar la calidad de las prestaciones.

Así mismo, el adjudicatario está obligado a que el centro disponga, durante la vigencia del contrato y para el cumplimiento de los objetivos asistenciales previstos en el mismo, de las instalaciones y los recursos tanto humanos como materiales necesarios, para realizar con eficacia, calidad y garantía las actividades objeto del contrato.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la disponibilidad de recursos humanos en los servicios sanitarios de centros sanitarios concesionados.

Objetivos específicos

- ✓ Verificar la disponibilidad y características contractuales del personal que presta asistencia sanitaria especializada en los centros concesionados, para la realización de las actividades objeto del contrato y el cumplimiento de los objetivos asistenciales previstos en el mismo.
- ✓ Verificar el desarrollo del plan de formación continuada anual dirigido al personal que presta asistencia sanitaria especializada en los centros concesionados.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.12 EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y CONTROLES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN INDIRECTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid es competente en el control oficial de la seguridad alimentaria en los establecimientos alimentarios y en aquellos centros que desarrollen actividades alimentarias, sea con una finalidad comercial o social.

Para desarrollar esta función, efectúa controles oficiales en dichos establecimientos y centros, a efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos de higiene alimentaria previstos en la normativa sanitaria. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere necesarias en orden a verificar la seguridad alimentaria de los alimentos elaborados y servidos por dichos establecimientos y centros hospitalarios, incluidos los de gestión indirecta.

OBJETIVOS

Objetivo general

Verificar que las comidas preparadas y consumidas en los hospitales públicos de gestión indirecta de la Comunidad de Madrid disponen de un nivel alto de seguridad alimentaria acorde con la normativa de higiene alimentaria.

Objetivos específicos

- ✓ Evaluar los sistemas de seguridad alimentaria desarrollados por los hospitales especificados respecto de la normativa de higiene de los alimentos.
- ✓ Promover la aplicación de sistemas de autocontrol en seguridad alimentaria basados en los principios del APPCC en las actividades alimentarias involucradas.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa	Equipo auditor	Apoyo/Asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria. Dirección General de Salud Pública ▪ Dirección General de Coordinación de la Asistencia Hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria ▪ Servicio de Salud Pública de Área 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución del grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Planes de mejora de cada centro sanitario respecto del informe de auditor
- Valoración de los planes de mejora

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.13 AUDITORÍA DE ACTIVIDAD SANITARIA DE CENTROS DE GESTIÓN INDIRECTA

JUSTIFICACIÓN

Tanto el Convenio Singular Marco suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” como el Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, en materia de asistencia sanitaria y para la realización de determinadas actuaciones en el terreno de la formación, de la participación de la sociedad civil en la defensa nacional y de la optimización de los recursos sanitarios, establecen un proceso de liquidación al final del ejercicio, en el que se comparan las cantidades abonadas “a cuenta” con la relación valorada de la asistencia reflejada en la facturación anual y efectivamente realizada.

Asimismo, ambos disponen que, previo a esta liquidación anual, se realizará una auditoría que permita comparar la actividad anual facturada con la actividad efectivamente realizada y cuyas conclusiones y propuestas serán de aplicación para la liquidación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Verificar la actividad sanitaria general del hospital y la derivada de la libre elección previo a efectuar la liquidación anual.

Objetivos específicos

- ✓ Verificar la actividad de hospitalización.
- ✓ Verificar la actividad ambulatoria: cirugía mayor ambulatoria, consultas externas, urgencias no ingresadas, hospital de día y otros procesos quirúrgicos.
- ✓ Verificar los procedimientos de valoración singular.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Equipo auditor

- Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Apoyo/Asesoramiento

- D.G. de Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado

EVALUACIÓN

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

5.14 AUDITORÍA DE FACTURACIÓN INTERCENTROS

JUSTIFICACIÓN

Los diferentes contratos suscritos con hospitales cuyo modelo de gestión es la concesión administrativa contemplan que se realice al final del ejercicio una liquidación, en la cual se tendrá en consideración tanto la asistencia que otros centros hospitalarios del SERMAS han prestado a la población asignada a los hospitales con este modelo de gestión, como la atención que estos últimos hayan prestado a la población no asignada a los hospitales concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Validar la actividad asistencial intercentros susceptible de ser facturada, tanto la realizada en hospitales del SERMAS a la población asignada a los hospitales concesionados como la asistencia que estos últimos han prestado a la población protegida que no es de su ámbito geográfico.

Objetivos específicos

- ✓ Verificar la actividad de hospitalización.
- ✓ Verificar la actividad ambulatoria: cirugía mayor ambulatoria, consultas externas, urgencias no ingresadas, hospital de día y otros procesos quirúrgicos.
- ✓ Verificar los procedimientos de valoración singular.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Equipo auditor

- Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación

Apoyo/Asesoramiento

- Subdirección General de Análisis de Costes. Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias
- D.G. Sistemas de Información Sanitaria

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Elaboración del protocolo de auditoría
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

Centros de gestión directa

- Hospitales del SERMAS que han prestado asistencia a la población protegida de los hospitales concesionados

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado de gestión indirecta

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del protocolo de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los tres ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

6. AUDITORÍAS DE CARÁCTER NO SANITARIO

- 6.1. Evaluación de la calidad del servicio de Seguridad y Vigilancia.**
- 6.2. Evaluación de la calidad del servicio de Gestión de Almacenes y Distribución Logística.**
- 6.3. Auditoría de calidad del servicio de Gestión de Residuos Urbanos y Sanitarios.**
- 6.4. Auditoría de calidad del servicio de Gestión de Conservación de Viales y Jardines.**
- 6.5. Auditoría de calidad del servicio de Desinsectación y Desratización.**
- 6.6. Auditoría de calidad del servicio de Gestión del Mantenimiento.**

6.1 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias ejerce la función de supervisión y control de la prestación de los servicios no sanitarios en los hospitales gestionados en régimen de concesión.

Para desarrollar esta función inspecciona los servicios, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas de información, así como toda la documentación relacionada con el objeto de los contratos de concesión. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar y analizar todos los procesos del servicio de Seguridad y Vigilancia, con el fin de detectar los problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la concesionaria en relación a la prestación de este servicio.

Objetivos específicos

- ✓ Realizar un análisis exhaustivo del servicio de Seguridad y Vigilancia, precisando los subprocesos y actividades críticas que pueden originar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio.
- ✓ Comprobar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación al servicio de Seguridad y Vigilancia.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de Seguridad y Vigilancia.
- ✓ Verificar que el servicio dispone de personal suficiente, con el nivel de organización necesario y suficientemente cualificado para acometer sus tareas.
- ✓ Verificar que el servicio dispone de los medios necesarios y que se emplean métodos de trabajo adecuados para acometer las tareas propias del servicio.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias

Equipo auditor

- Empresa auditora externa

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Desarrollo del concurso público
- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo del concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del programa funcional de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los cuatro ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

6.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias ejerce la función de supervisión y control de la prestación de los servicios no sanitarios en los hospitales gestionados en régimen de concesión.

Para desarrollar esta función, inspecciona los servicios, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas de información, así como toda la documentación relacionada con el objeto de los contratos de concesión. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar y analizar todos los procesos del servicio de Gestión de Almacenes y Distribución Logística, con el fin de detectar los problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la concesionaria en relación a la prestación de este servicio.

Objetivos específicos

- ✓ Realizar un análisis exhaustivo del servicio, precisando los subprocesos y actividades críticas que pueden originar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio.
- ✓ Comprobar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación al servicio de Gestión de Almacenes y Distribución Logística.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de Gestión de Almacenes y Distribución Logística.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables del programa

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias

Equipo auditor

- Empresa auditora externa

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Desarrollo del concurso público
- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo del concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del programa funcional de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los cuatro ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

6.3 AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias ejerce la función de supervisión y control de la prestación de los servicios no sanitarios en los hospitales gestionados en régimen de concesión.

Para desarrollar esta función, inspecciona los servicios, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas de información, así como toda la documentación relacionada con el objeto de los contratos de concesión. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar y analizar todos los procesos del servicio de Gestión de Residuos Urbanos y Sanitarios, con el fin de detectar los problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la concesionaria en relación a la prestación de este servicio.

Objetivos específicos

- ✓ Realizar un análisis exhaustivo del servicio, precisando los subprocesos y actividades críticas que pueden originar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio.
- ✓ Comprobar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación al servicio de Gestión de Residuos Urbanos y Sanitarios.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de Gestión de Residuos Urbanos y Sanitarios.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables de la auditoría

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias

Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Desarrollo del concurso público
- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo del concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del programa funcional de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los cuatro ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

6.4 AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias ejerce la función de supervisión y control de la prestación de los servicios no sanitarios en los hospitales gestionados en régimen de concesión.

Para desarrollar esta función, inspecciona los servicios, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas de información, así como toda la documentación relacionada con el objeto de los contratos de concesión. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar y analizar todos los procesos del servicio de Gestión de Conservación de Viales y Jardines, con el fin de detectar los problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la concesionaria en relación a la prestación de este servicio.

Objetivos específicos

- ✓ Realizar un análisis exhaustivo del servicio, precisando los subprocesos y actividades críticas que pueden originar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio.
- ✓ Comprobar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación al servicio de Gestión de Conservación de Viales y Jardines.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de Gestión de Conservación de Viales y Jardines.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables de la auditoría

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias

Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Desarrollo del concurso público
- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo del concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del programa funcional de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los cuatro ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

6.5 AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias ejerce la función de supervisión y control de la prestación de los servicios no sanitarios en los hospitales gestionados en régimen de concesión.

Para desarrollar esta función, inspecciona los servicios, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas de información, así como toda la documentación relacionada con el objeto de los contratos de concesión. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar y analizar todos los procesos del servicio de Desinsectación y Desratización, con el fin de detectar los problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la concesionaria en relación a la prestación de este servicio.

Objetivos específicos

- ✓ Realizar un análisis exhaustivo del servicio, precisando los subprocesos y actividades críticas que pueden originar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio.
- ✓ Comprobar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación al servicio de Desinsectación y Desratización.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de Desinsectación y Desratización.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables de la auditoría

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias

Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Desarrollo del concurso público
- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo del concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del programa funcional de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los cuatro ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

6.6 AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO

JUSTIFICACIÓN

La Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias ejerce la función de supervisión y control de la prestación de los servicios no sanitarios en los hospitales gestionados en régimen de concesión.

Para desarrollar esta función, inspecciona los servicios, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas de información, así como toda la documentación relacionada con el objeto de los contratos de concesión. En este sentido, podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar los resultados de la gestión del mantenimiento específicamente en relación a todo aquello que afecte o pueda afectar a:

- La utilización y satisfacción de los usuarios (seguridad, funcionalidad, confort).
- Cumplimiento de normativas.
- Conservación del valor del inmueble.
- Eficiencia energética.
- Protección medioambiental.

Objetivos específicos

- ✓ Comprobación del estado de conservación del inmueble.
- ✓ Chequeo del estado general de las instalaciones: Cumplimiento de las normas para la seguridad de todos los sistemas (equipos e instalaciones).
- ✓ Estudiar los factores que afectan al consumo de energía y analizar el cumplimiento por parte de la concesionaria de las obligaciones contractuales relacionadas con la eficiencia energética.
- ✓ Revisión y control del plan de mantenimiento técnico legal.
- ✓ Análisis de la gestión del inventario de físicos y las reposiciones.
- ✓ Control del cumplimiento de los indicadores de calidad y disponibilidad establecidos en el contrato para el servicio de mantenimiento.

UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

Responsables de la auditoría

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias

Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

ACTIVIDADES

- Constitución de grupo funcional
- Desarrollo del concurso público
- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Pilotaje
- Ejecución de la auditoría

CENTROS SANITARIOS A AUDITAR

Centros de gestión indirecta

- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital General de Villalba
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Infanta Elena

PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA

- Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado
- Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos

EVALUACIÓN

Nivel de ejecución de actividades

	Sí	No
Constitución del grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo del concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración del programa funcional de auditoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotaje del protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meta: "Sí" en los cuatro ítems

Grado de cumplimiento del programa

Porcentaje de auditorías ejecutadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías iniciadas en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de auditorías reprogramadas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías suprimidas en relación al total de auditorías programadas; meta < 5%

Porcentaje de auditorías puestas en marcha en relación al total de auditorías programadas; meta > 95%

Porcentaje de centros del programa que han sido auditados en relación al total de centros planificados auditar en el programa; meta > 95%

Porcentaje de centros a los que se ha solicitado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros auditados que han elaborado plan de mejora en relación a los centros a los que se ha solicitado plan de mejora; meta > 95%

Porcentaje de centros que han elaborado plan de mejora en relación a los centros que precisan actuaciones de mejora; meta > 95%

Resultados obtenidos

Valoración de objetivos alcanzados en relación con los propuestos en el programa

Valoración global de resultados alcanzados por los centros sanitarios de gestión indirecta

7. CRONOGRAMA

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2017-2018									
AUDITORÍA	HOSPITALES	2017				2018			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Evaluación del cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos para los hospitales de gestión indirecta del Servicio Madrileño de Salud	Torrejón		■				■		
	Villalba		■				■		
	Fundación Jiménez Díaz		■				■		
	Rey Juan Carlos		■				■		
	Infanta Elena		■				■		
	Gómez Ulla		■				■		
Evaluación del cumplimiento de los objetivos de continuidad asistencial establecidos para los hospitales de gestión indirecta	Torrejón		■				■		
	Villalba		■				■		
	Fundación Jiménez Díaz		■				■		
	Rey Juan Carlos		■				■		
	Infanta Elena		■				■		
	Gómez Ulla		■				■		
	Sureste		■						
Príncipe de Asturias						■			
Puerta de Hierro						■			
Adecuación de la prescripción de medicamentos para la esclerosis múltiple (EM) al protocolo establecido en la comunidad de Madrid	Torrejón	■							
	Villalba	■							
	Fundación Jiménez Díaz	■							
	Rey Juan Carlos	■							
	Infanta Elena	■							
	Gómez Ulla	■							
	Infanta Leonor						■		
	Sureste						■		
	Gregorio Marañón	■							
	La Princesa						■		
	Henares						■		
	Príncipe de Asturias						■		
	Ramón y Cajal	■							
	La Paz	■							
	Infanta Sofía	■							
	Puerta de Hierro						■		
	Clínico San Carlos						■		
	Móstoles						■		
	Fundación Alcorcón						■		
	Severo Ochoa						■		
Fuenlabrada						■			
Infanta Cristina						■			
12 de Octubre	■								

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2017-2018

AUDITORÍA	HOSPITALES	2017				2018			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Adecuación de la prescripción de fármacos antineoplásicos orales (ANEQ) al protocolo de criterios de uso de aneo en la comunidad de Madrid	Torrejón								
	Villalba								
	Fundación Jiménez Díaz								
	Rey Juan Carlos								
	Infanta Elena								
	Gómez Ulla								
	Sureste								
	Gregorio Marañón								
	La Princesa								
	Henares								
	Ramón y Cajal								
	La Paz								
	Infanta Sofía								
	Clínico San Carlos								
	Fundación Alcorcón								
	Severo Ochoa								
	12 de Octubre								
	Tajo								
Adecuación de la prescripción de los nuevos fármacos hipolipemiantes (anticuerpos monoclonales PCK9: alirocumab y evolocumab) a las indicaciones financiadas por el sistema nacional de salud (SNS)	Torrejón								
	Villalba								
	Fundación Jiménez Díaz								
	Rey Juan Carlos								
	Infanta Elena								
	Gómez Ulla								
	Infanta Leonor								
	Gregorio Marañón								
	Ramón y Cajal								
	La Paz								
	Infanta Sofía								
	Puerta de Hierro								
	Móstoles								
	12 de Octubre								

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2017-2018

AUDITORÍA	HOSPITALES	2017				2018			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Evaluación de la calidad de la prescripción y la prestación de Terapias Respiratorias Domiciliarias	Torrejón	■							
	Villalba	■							
	Fundación Jiménez Díaz					■			
	Rey Juan Carlos	■							
	Infanta Elena		■						
	Gómez Ulla					■			
	Infanta Leonor			■					
	Sureste				■				
	La Princesa			■					
	La Paz		■						
	Infanta Sofía				■				
	Fundación Alcorcón						■		
	Getafe			■					
	12 de Octubre						■		
Evaluación de la calidad de la prestación del servicio del Centro de Atención Personalizada (CAP)	CAP		■						
Evaluación de la calidad de la prestación del servicio de la Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR)	UCR				■				
	Infanta Leonor				■				
	Sureste				■				
	Henares				■				
	Infanta Sofía				■				
	Infanta Cristina				■				
	Tajo				■				
Evaluación de la calidad de la prestación del servicio del Laboratorio Clínico Central (LCC)	LCC						■		
	Infanta Leonor						■		
	Sureste						■		
	Henares						■		
	Infanta Sofía						■		
	Infanta Cristina						■		
Tajo						■			

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2017-2018

AUDITORÍA	HOSPITALES	2017				2018			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Evaluación de la prestación de la asistencia sanitaria de la insuficiencia renal crónica (IRC) en centros sanitarios concesionados	Torrejón		■						
	Villalba						■		
	Fundación Jiménez Díaz		■						
	Rey Juan Carlos		■						
	Infanta Elena		■						
	Gómez Ulla						■		
	Infanta Leonor						■		
	Infanta Sofía						■		
	Puerta de Hierro		■						
	Severo Ochoa						■		
Evaluación de la disponibilidad de recursos humanos en servicios sanitarios de centros sanitarios concesionados del SERMAS	Torrejón				■				
	Villalba				■				
	Rey Juan Carlos								■
	Infanta Elena								■
Evaluación de los sistemas y controles de seguridad alimentaria en los hospitales públicos de gestión indirecta de la Comunidad de Madrid	Torrejón			■				■	
	Villalba			■				■	
	Fundación Jiménez Díaz	■				■			
	Rey Juan Carlos		■				■		
	Infanta Elena		■				■		
	Gómez Ulla				■				■
Auditoría de actividad sanitaria de centros de gestión indirecta	Fundación Jiménez Díaz		■				■		
	Gómez Ulla			■				■	
Auditoría de Facturación Intercentros	Torrejón			■				■	
	Villalba			■				■	
	Rey Juan Carlos			■				■	
	Infanta Elena			■				■	
Evaluación de la calidad del servicio de Seguridad y Vigilancia	Torrejón			■	■				
	Villalba			■	■				
	Rey Juan Carlos			■	■				
	Infanta Elena			■	■				
Evaluación de la calidad del servicio de Almacenes y Distribución Logística	Torrejón			■	■				
	Villalba			■	■				
	Rey Juan Carlos			■	■				
	Infanta Elena			■	■				

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2017-2018

AUDITORÍA	HOSPITALES	2017				2018			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Auditoría de calidad del servicio de Gestión de Residuos Urbanos y Sanitarios	Torrejón								
	Villalba								
	Rey Juan Carlos								
	Infanta Elena								
Evaluación de la calidad del servicio de Conservación de Viales y Jardines	Torrejón								
	Villalba								
	Rey Juan Carlos								
	Infanta Elena								
Evaluación de la calidad del servicio de Desinsectación y Desratización	Torrejón								
	Villalba								
	Rey Juan Carlos								
	Infanta Elena								
Auditoría de calidad del servicio de gestión del mantenimiento	Torrejón								
	Villalba								
	Rey Juan Carlos								
	Infanta Elena								

HOSPITAL	AUDITORÍAS 2017																			
	Obj. Calidad Inf. Paciente	Obj. Continuidad Asistencial	Tratamiento EM	Tratamiento ANEO	Tratamiento Hipolipemiente	TRD	CAP	UCR	LCC	IRC	RRHH	Seguridad Alimentaria	Actividad Sanitaria	Facturación Intercentros	Serv. Seguridad y Vigilancia	Serv. Almacenes Distribución Logística	Serv. Residuos Urbanos y Sanitarios	Serv. Conservación Viales y Jardines	Serv. Desinsectación y Desratización	Servicio Mantenimiento
Torrejón																				
Villalba																				
Fund. Jiménez Díaz																				
Rey Juan Carlos																				
Infanta Elena																				
Gómez Ulla																				
Infanta Leonor																				
Sureste																				
Gregorio Marañón																				
La Princesa																				
Henares																				
Príncipe Asturias																				
Ramón y Cajal																				
La Paz																				
Infanta Sofía																				
Puerta de Hierro																				
Clínico San Carlos																				
Móstoles																				
Fund. Alcorcón																				
Severo Ochoa																				
Fuenlabrada																				
Getafe																				
Infanta Cristina																				
12 de Octubre																				
Tajo																				

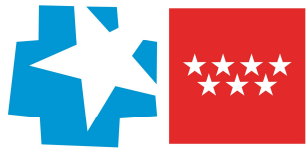
HOSPITAL	AUDITORÍAS 2018																				
	Obj. Calidad Inf. Paciente	Obj. Continuidad Asistencial	Tratamiento EM	Tratamiento ANEO	Tratamiento Hipolipemiente	TRD	CAP	UCR	LCC	IRC	RRHH	Seguridad Alimentaria	Actividad Sanitaria	Facturación Intercentros	Serv. Seguridad y Vigilancia	Serv. Almacenes Distribución Logística	Serv. Residuos Urbanos y Sanitarios	Serv. Conservación Viales y Jardines	Serv. Desinsectación y Desratización	Servicio Mantenimiento	
Torrejón																					
Villalba																					
Fund. Jiménez Díaz																					
Rey Juan Carlos																					
Infanta Elena																					
Gómez Ulla																					
Infanta Leonor																					
Sureste																					
Gregorio Marañón																					
La Princesa																					
Henares																					
Príncipe Asturias																					
Ramón y Cajal																					
La Paz																					
Infanta Sofía																					
Puerta de Hierro																					
Clínico San Carlos																					
Móstoles																					
Fund. Alcorcón																					
Severo Ochoa																					
Fuenlabrada																					
Getafe																					
Infanta Cristina																					
12 de Octubre																					
Tajo																					

8. FINANCIACIÓN

Los pliegos que regulan los contratos de gestión por concesión con las entidades concesionarias establecen que la Administración podrá realizar cuantas auditorías considere oportunas en orden a la verificación de la realización del objeto del contrato. Asimismo, disponen que el centro se someta a cuantas auditorías sean necesarias para la comprobación del cumplimiento de estos requisitos, así como para verificar el resultado de los indicadores propuestos.

Los citados contratos también contemplan que la sociedad concesionaria ponga a disposición de la Consejería de Sanidad el 0,5% del precio anual del contrato para la realización de auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

Por tanto, el coste derivado de la ejecución de estas auditorías, tanto si se realizan con medios propios de la Administración como si se ejecutan mediante la contratación de empresas externas, debe ser asumido por la sociedad concesionaria. Por ello, en la liquidación anual se repercutirá el gasto ocasionado por la ejecución de auditorías en ese ejercicio.



SaludMadrid