

**PLAN DE AUDITORÍAS**  
**Centros, Servicios y**  
**Establecimientos Sanitarios de**  
**Gestión Indirecta**  
**2019 - 2020**

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**
- **Dirección General de Inspección y Ordenación**
- **Dirección General de Salud Pública**

# INDICE

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.  | JUSTIFICACIÓN .....   | 5  |
| 2.  | ALCANCE Y OBJETIVOS .....   | 7  |
| 3.  | DISEÑO Y METODOLOGÍA .....  | 9  |
| 4.  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN .....  | 11 |
| 5.  | AUDITORÍAS DE CARÁCTER SANITARIO .....  | 15 |
| 5.1 | EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS PARA LOS HOSPITALES DE GESTIÓN INDIRECTA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD .....   | 17 |
| 5.2 | ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) AL PROTOCOLO ESTABLECIDO EN LA COMUNIDAD DE MADRID .....   | 19 |
| 5.3 | ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES (ANEO) AL PROTOCOLO DE CRITERIOS DE USO DE ANEO EN LA COMUNIDAD DE MADRID .....  | 21 |
| 5.4 | 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) .....   | 23 |
| 5.5 | VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE TIROSIN-QUINASAS PARA EL TRATAMIENTO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA .....   | 25 |
| 5.6 | VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO .....   | 27 |
| 5.7 | VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON REGORAFENIB Y TRIFLURIDA/TIPIRACILO PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER COLORRECTAL .....  | 29 |
| 5.8 | ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON SACUBITRILO/VALSARTÁN AL DOCUMENTO “CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA SINTOMÁTICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA .....                                | 31 |
| 5.9 | VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OMEGA-3. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON ESTE FÁRMACO A LA ÚNICA INDICACIÓN QUE TIENE ACTUALMENTE FINANCIADA: PACIENTES CON HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE EN LOS QUE LOS FIBRATOS ESTÁN CONTRAINDICADOS ..... | 33 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| 5.10 | EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA PRESTACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS .....                                       | 35 |
| 5.11 | EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y CONTROLES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN INDIRECTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID ..... | 38 |
| 5.12 | AUDITORÍA DE TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES EVAPORATIVOS .....   | 40 |
| 5.13 | AUDITORÍA DE ACTIVIDAD SANITARIA DE CENTROS DE GESTIÓN INDIRECTA .....  | 42 |
| 5.14 | AUDITORÍA DE FACTURACIÓN INTERCENTROS .....   | 44 |
| 5.15 | EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE IDENTIFICACIÓN Y FILIACIÓN DE PACIENTES. ....  | 46 |
| 6.   | AUDITORÍAS DE CARÁCTER NO SANITARIO.....  | 48 |
| 6.1  | EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LIMPIEZA.....  | 49 |
| 6.2  | EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO: SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE, RECEPCIÓN Y CENTRALITA TELEFÓNICA.....            | 51 |
| 6.3  | AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA.....  | 53 |
| 6.4  | AUDITORÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO .....  | 55 |
| 6.5  | AUDITORÍA OPERATIVA .....   | 57 |
| 7.   | CRONOGRAMA.....   | 59 |
| 8.   | FINANCIACIÓN.....   | 66 |

# 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 tres planes de Auditorías de Centros y Servicios Sanitarios de Gestión Indirecta durante los años 2013-2014, 2015-2016 y 2017-2018, 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 2019-2020 supone una continuación de las líneas y estrategias establecidas en el anterior Plan, desarrollado en el periodo 2017-2018, 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 2019-2020 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, 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, 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.

|  |   |
|--|---|
| <b>Nivel de ejecución de actividades</b> | 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:

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Grado de ejecución de auditorías</b> | 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>Nivel de productos de auditoría generados</b> | 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.

|  |   |
|--|---|
| <b>Grado de cumplimiento del programa de auditoría</b> | 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.

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

|   |   |
|---|---|
| <b>Grado de cumplimiento del Plan</b>   | 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>Grado de cumplimiento del programa de auditoría</b> | 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  |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Grado de cumplimiento del Plan</b> | 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. Adecuación de la prescripción de medicamentos para la Esclerosis Múltiple (EM) al protocolo establecido en la Comunidad de Madrid.
- 5.3. Adecuación de la prescripción de fármacos antineoplásicos orales (ANEO) al protocolo de Criterios de Uso de ANEO en la Comunidad de Madrid.
- 5.4. 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).
- 5.5. Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con inhibidores de Tirosin-Quinasas para el tratamiento de Leucemia Mieloide Crónica.
- 5.6. Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con Abiraterona y Enzalutamida para el tratamiento de Cáncer de Próstata Metastásico.
- 5.7. Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con Regorafenib y Triflurida/tipiracilo para el tratamiento de Cáncer Colorrectal.
- 5.8. Adecuación de la prescripción del tratamiento con Sacubitrilo/Valsartán al documento “Criterios para la utilización de Sacubitrilo/Valsartán en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sintomática con fracción de eyección reducida.
- 5.9. Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con Omega-3. Adecuación de la prescripción del tratamiento con este fármaco a la única indicación que tiene actualmente financiada: pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados.

- 5.10. Evaluación de la calidad de la prescripción y la prestación de terapias respiratorias domiciliarias.
- 5.11. Evaluación de los sistemas y controles de seguridad alimentaria en los hospitales públicos de gestión indirecta de la Comunidad de Madrid.
- 5.12. Auditoría de torres de refrigeración y condensadores evaporativos.
- 5.13. Auditoría de actividad sanitaria de centros de gestión indirecta.
- 5.14. Auditoría de Facturación Intercentros.
- 5.15. Evaluación del cumplimiento de las obligaciones de identificación y filiación de pacientes



## 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"> <li>▪ Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria</li> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |

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

| JUSTIFICACIÓN  |   |   |
|--|---|---|
| <p>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).</p> |   |   |
| OBJETIVOS  |   |   |
| <b>Objetivo general</b>  |   |   |
| <p>Valorar el cumplimiento del protocolo.</p>  |   |   |
| <b>Objetivos específicos</b>   |   |   |
| <p>Asegurar la equidad de tratamientos entre los pacientes.</p>  |   |   |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS   |   |   |
| Responsables del programa  | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Continuidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |
| ACTIVIDADES  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Pilotaje</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>   |   |   |

| CENTROS SANITARIOS A AUDITAR   |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| Centros de gestión indirecta   | Centros de gestión directa a comparar  |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Universitario de Torrejón</li> <li>▪ Hospital General de Villalba</li> <li>▪ Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz</li> <li>▪ Hospital Universitario Rey Juan Carlos</li> <li>▪ Hospital Universitario Infanta Elena</li> <li>▪ Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Clínico San Carlos</li> <li>▪ Hospital Universitario de Móstoles</li> <li>▪ Hospital Universitario Infanta Cristina</li> <li>▪ Hospital Universitario 12 de Octubre</li> </ul> |                          |
| PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA  |  |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado</li> <li>▪ Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos</li> </ul>  |  |                          |
| 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"/> |
| <b>Meta:</b> "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 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 onco-hematológicas 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"> <li>▪ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |
| ACTIVIDADES  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Pilotaje</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>   |   |  |

## 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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario de Móstoles
- Hospital Universitario de Getafe
- 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       | <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 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   |   |  |
| <b>Objetivo general</b>   |   |  |
| Valorar el cumplimiento de las indicaciones financiadas   |   |  |
| <b>Objetivos específicos</b>  |   |  |
| Asegurar la correcta utilización de estos nuevos fármacos.  |   |  |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS  |   |  |
| Responsables del programa   | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |
| ACTIVIDADES   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Pilotaje</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>  |   |  |

## 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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario del Henares
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- 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



## 5.5 VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE TIROSIN-QUINASAS PARA EL TRATAMIENTO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

| JUSTIFICACIÓN  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Mejorar el uso eficiente de los inhibidores de tirosin-quinasa para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica, dado el alto impacto económico que suponen en el sistema sanitario y su condición de cronicidad.</p>  |   |  |
| OBJETIVOS  |   |  |
| Objetivo general   |   |  |
| <p>Conocer el perfil de utilización de los inhibidores de tirosin-quinasa en la leucemia mieloide crónica.</p>   |   |  |
| Objetivos específicos  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar el seguimiento del indicador de Leucemia Mieloide Crónica y sus recomendaciones descritas en el Manual de Indicadores de Hospitales 2018.</li> <li>✓ Conocer la proporción de pacientes con leucemia mieloide crónica y en tratamiento con los distintos inhibidores de tirosin-quinasa y la línea de tratamiento.</li> </ul> |   |  |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS   |   |  |
| Responsables del programa  | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>• Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |
| ACTIVIDADES  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Pilotaje</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>   |   |  |

| CENTROS SANITARIOS A AUDITAR   |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Centros de gestión indirecta   | Centros de gestión directa a comparar   |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Universitario de Torrejón</li> <li>▪ Hospital General de Villalba</li> <li>▪ Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz</li> <li>▪ Hospital Universitario Rey Juan Carlos</li> <li>▪ Hospital Universitario Infanta Elena</li> <li>▪ Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital General Universitario Gregorio Marañón</li> <li>▪ Hospital Universitario de La Princesa</li> <li>▪ Hospital Universitario Severo Ochoa</li> <li>▪ Hospital Universitario de Getafe</li> </ul> |                          |
| PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA  |   |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado</li> <li>▪ Plan de mejora en cada centro sanitario auditado en función de los resultados obtenidos</li> </ul>  |   |                          |
| 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"/> |
| <b>Meta:</b> "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 VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

### JUSTIFICACIÓN

Mejorar el uso eficiente de los antineoplásicos orales utilizados para el tratamiento del cáncer de próstata metastásico, dado el alto impacto económico que suponen en el sistema sanitario.

### OBJETIVOS

#### Objetivo general

Conocer el perfil de utilización de Abiraterona y Enzalutamida en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico

#### Objetivos específicos

- ✓ Verificar el seguimiento del Documento de “Criterios para la Utilización de Antineoplásicos Orales (1ª parte)” elaborado por el Grupo Director del Plan de Mejora del Uso de Fármacos Oncológicos de la Comunidad de Madrid.
- ✓ Conocer la proporción de pacientes en tratamiento con Abiraterona y Enzalutamida.

### UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

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

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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario del Sureste
- Hospital Universitario del Henares
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario de Móstoles

## 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 VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON REGORAFENIB Y TRIFLURIDA/TIPIRACILO PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER COLORRECTAL

| JUSTIFICACIÓN  |   |  |
|--|---|--|
| Mejorar el uso eficiente de los antineoplásicos orales utilizados para el tratamiento del cáncer colorrectal.  |   |  |
| OBJETIVOS  |   |  |
| Objetivo general   |   |  |
| Conocer el perfil de utilización de Regorafenib y Triflurida/tipiracilo en el tratamiento del cáncer colorrectal.  |   |  |
| Objetivos específicos  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar el seguimiento del Documento de “Criterios para la Utilización de Antineoplásicos Orales (2ª parte)” elaborado por el Grupo Director del Plan de Mejora del Uso de Fármacos Oncológicos de la Comunidad de Madrid. <i>(Pendiente de publicar durante el primer trimestre de 2019).</i></li> <li>✓ Conocer la proporción de pacientes en tratamiento con Regorafenib y Triflurida/tipiracilo.</li> </ul> |   |  |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS   |   |  |
| Responsables del programa  | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>• Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |
| ACTIVIDADES  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Pilotaje</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>   |   |  |

## 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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospital Universitario de Getafe
- 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       | <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 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON SACUBITRILO/VALSARTÁN AL DOCUMENTO “CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA SINTOMÁTICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

### JUSTIFICACIÓN

A finales de 2016 se comercializó el tratamiento con Sacubitrilo/valsartán, financiándose de acuerdo a las conclusiones establecidas en el Informe de Posicionamiento Terapéutico. En la Comunidad de Madrid se elaboró el documento “Criterios para la utilización de Sacubitrilo/valsartán en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sintomática con fracción de eyección reducida” con el objetivo de establecer criterios comunes para la Comunidad sobre el lugar en la terapéutica de SAC/VAL en el tratamiento de pacientes con IC crónica sintomática con fracción de eyección reducida con el objetivo de reducir el riesgo de mortalidad y de hospitalización por IC. Dicho documento fue consensado por diferentes grupos de profesionales de distintos ámbitos asistenciales y especialidades médicas, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible. Durante 2017 se estableció un plan de formación en todos los niveles asistenciales para dar a conocer el documento de criterios.

Hasta junio de 2018 fue el principio activo de mayor incremento dentro de los Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, suponiendo 9.311 envases nuevos que conllevan más de 1 millón de euros.

### OBJETIVOS

#### Objetivo general

Valorar la adecuación de la prescripción a los criterios de utilización establecidos.

#### Objetivos específicos

- ✓ Asegurar la correcta utilización de estos tratamientos.

### UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

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

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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- 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



## 5.9 VERIFICAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OMEGA-3. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON ESTE FÁRMACO A LA ÚNICA INDICACIÓN QUE TIENE ACTUALMENTE FINANCIADA: PACIENTES CON HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE EN LOS QUE LOS FIBRATOS ESTÁN CONTRAINDICADOS

| JUSTIFICACIÓN   |   |  |
|---|---|--|
| <p>En el análisis del seguimiento del gasto por receta se ha detectado un incremento de cerca de un 10% en el nº de envases prescritos de este medicamento en el periodo enero junio 2018 respecto a ese mismo periodo del año 2017, sin que se haya ampliado su indicación. De hecho las últimas publicaciones no avalan la eficacia de los omega 3 en disminuir el riesgo cardiovascular.</p> |   |  |
| OBJETIVOS   |   |  |
| <b>Objetivo general</b>   |   |  |
| <p>Valorar la adecuación de la prescripción a la única indicación financiada.</p>   |   |  |
| <b>Objetivos específicos</b>  |   |  |
| <p>✓ Asegurar la correcta utilización de estos tratamientos.</p>  |   |  |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS  |   |  |
| Responsables del programa   | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> <li>Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |
| ACTIVIDADES   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Constitución de grupo funcional</li> <li>Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>Pilotaje</li> <li>Ejecución de la auditoría</li> </ul>  |   |  |

## 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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario Infanta Sofía
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Universitario de Fuenlabrada

## 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 |

## 5.10 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   | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |

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

### Centros de gestión directa

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Hospital Universitario del Henares
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Universitario de Móstoles
- Hospital Universitario Severo Ochoa
- Hospital Universitario de Fuenlabrada
- Hospital Universitario Infanta Cristina
- 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       | <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 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"> <li>▪ Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria. Dirección General de Salud Pública</li> <li>▪ Dirección General de Coordinación de la Asistencia Hospitalaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria</li> <li>▪ Servicio de Salud Pública de Área</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |

### 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

## 5.12 AUDITORÍA DE TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES EVAPORATIVOS

| JUSTIFICACIÓN  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Las torres de refrigeración y condensadores evaporativos situadas en los centros sanitarios son objeto de actuación preferente en el marco del Programa de Prevención y Control de la Legionelosis de la Consejería de Sanidad, ya que la presencia de Legionela en estas instalaciones podría afectar a una población ya de por sí vulnerable y la aparición de casos de legionelosis relacionados con ellas, genera una gran alarma social.</p> <p>Es por ello, que para el año 2019 se ha previsto la auditoria de todas las actuaciones que, conforme establece el RD 865/2003, debe llevar a cabo el titular de este tipo de instalaciones para prevenir la presencia de legionela y minimizar el riesgo que pueden suponer para la población.</p> |   |  |
| OBJETIVOS  |   |  |
| <b>Objetivo general</b>  |   |  |
| <p>Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el <i>RD 865/2003 por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis</i></p>   |   |  |
| <b>Objetivos específicos</b>   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisar toda la documentación relativa a las actuaciones que lleva a cabo el titular de las instalaciones para prevenir la presencia de legionela en cumplimiento de los artículos 6, 7 y 8 del RD 865/2003</li> <li>✓ Verificar la aplicación de las medidas preventivas que para este tipo de instalaciones establece la normativa mediante la toma de muestras.</li> </ul>   |   |  |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS   |   |  |
| Responsables del programa  | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Salud Pública</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Sanidad Ambiental</li> <li>▪ Dirección General de Salud Pública</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerencia Adjunta de Adecuación, Coordinación y Supervisión Estratégica</li> </ul> |
| ACTIVIDADES  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Pilotaje</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>   |   |  |



## 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
- 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

## 5.13 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  | Equipo auditor   | Apoyo/Asesoramiento  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> </ul> |

### 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  |   |  |
|--|---|--|
| <p>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.</p> |   |  |
| OBJETIVOS  |   |  |
| <b>Objetivo general</b>  |   |  |
| <p>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.</p>  |   |  |
| <b>Objetivos específicos</b>   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar la actividad de hospitalización.</li> <li>✓ Verificar la actividad ambulatoria: cirugía mayor ambulatoria, consultas externas, urgencias no ingresadas, hospital de día y otros procesos quirúrgicos.</li> <li>✓ Verificar los procedimientos de valoración singular.</li> </ul>  |   |  |
| UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS   |   |  |
| Responsables del programa  | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección General de Gestión Económico Financiera</li> <li>• Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria</li> <li>• Dirección General de Planificación, Investigación y Formación</li> </ul> |
| ACTIVIDADES  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución de grupo funcional</li> <li>▪ Elaboración del protocolo de auditoría</li> <li>▪ Ejecución de la auditoría</li> </ul>   |   |  |

| CENTROS SANITARIOS A AUDITAR   |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| Centros de gestión indirecta   | Centros de gestión directa   |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Universitario de Torrejón</li> <li>▪ Hospital General de Villalba</li> <li>▪ Hospital Universitario Rey Juan Carlos</li> <li>▪ Hospital Universitario Infanta Elena</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitales del SERMAS que han prestado asistencia a la población protegida de los hospitales concesionados</li> </ul> |                          |
| PRODUCTOS DE LA AUDITORÍA  |  |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informes de auditoría por cada centro sanitario auditado de gestión indirecta</li> </ul>  |  |                          |
| 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"/> |
| <b>Meta:</b> "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   |  |                          |

## 5.15 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE IDENTIFICACIÓN Y FILIACIÓN DE PACIENTES.

### JUSTIFICACIÓN

La participación de los hospitales de gestión indirecta en los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, permite el desarrollo de una atención rápida y eficaz, evitando demoras innecesarias en el desarrollo de la atención al paciente. Por lo que se hace imprescindible la evaluación y verificación del cumplimiento de la calidad del dato por parte de los órganos de control y seguimiento.

### OBJETIVOS

#### Objetivo general

Verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales e instrucciones emanadas de la Comunidad de Madrid en los hospitales de la red sanitaria de utilización pública de la Comunidad de Madrid en relación a la identificación y filiación de pacientes en los sistemas de información oficiales.

#### Objetivos específicos

Verificar la calidad de los datos de filiación introducidos en los sistemas de información de los pacientes atendidos en los hospitales de gestión indirecta pertenecientes a la red sanitaria de utilización pública de la Comunidad de Madrid.

### UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

| Responsables del programa   | Equipo auditor  | Apoyo/Asesoramiento   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subdirección General de Planificación Sanitaria y Aseguramiento. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.</li> <li>▪ Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerencia Adjunta de Adecuación, Coordinación y Supervisión Estratégica. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.</li> </ul> |

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

### Centros de gestión directa a comparar

- Hospital Universitario del Sureste
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- 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"/> |
| <b>Meta:</b> "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%                  |
| <b>Resultados obtenidos</b>  |
| 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 Limpieza.**
- 6.2. Evaluación de la calidad del servicio de Apoyo Administrativo: Servicio atención al paciente, recepción y centralita telefónica.**
- 6.3. Auditoría de calidad del servicio de Lavandería.**
- 6.4. Auditoría de calidad del servicio de Gestión del Mantenimiento.**
- 6.5. Auditoría Operativa de Calidad.**



## 6.1 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LIMPIEZA

### JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Gestión Económico Financiera 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 limpieza, 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 limpieza, 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 limpieza.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de limpieza.
- ✓ 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 de Gestión Económico Financiera

#### Equipo auditor

- Empresa auditora externa

### ACTIVIDADES

- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Desarrollo del concurso público
- 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 APOYO ADMINISTRATIVO: SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE, RECEPCIÓN Y CENTRALITA TELEFÓNICA

### JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Gestión Económico Financiera 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 Apoyo Administrativo: Servicio atención al paciente, recepción y centralita telefónica, 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 Apoyo Administrativo: Servicio atención al paciente, recepción y centralita telefónica.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio Apoyo Administrativo: Servicio atención al paciente, recepción y centralita telefónica.

### UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

#### Responsables del programa

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General de Gestión Económico Financiera

#### Equipo auditor

- Empresa auditora externa

### ACTIVIDADES

- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Desarrollo del concurso público
- 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 LAVANDERÍA

### JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Gestión Económico Financiera 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 Lavandería, 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 Lavandería.
- ✓ Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación al servicio de Lavandería.

### UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

#### Responsables de la auditoría

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General de Gestión Económico Financiera

#### Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

### ACTIVIDADES

- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Desarrollo del concurso público
- 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 DEL MANTENIMIENTO

### JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Gestión Económico Financiera 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 de Gestión Económico Financiera

#### Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

### ACTIVIDADES

- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Desarrollo del concurso público
- 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 OPERATIVA

### JUSTIFICACIÓN

La Dirección General de Gestión Económico Financiera 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

El objeto del contrato lo constituye la prestación de un servicio de AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD que permita obtener información objetiva del cumplimiento por parte de la Sociedad Concesionaria, de las obligaciones contractuales en relación a la prestación de los servicios no sanitarios.

#### Objetivos específicos

- ✓ Control del cumplimiento de los indicadores de calidad y disponibilidad establecidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas para los servicios no sanitarios: Limpieza, Seguridad y Vigilancia, Esterilización, Residuos Urbanos y Sanitarios, Conservación de viales y jardines, Desinsectación y Desratización, Gestión de almacenes y distribución logística, Apoyo administrativo, Traslado de pacientes y materiales, Explotaciones Comerciales.
- ✓ Evaluación del nivel en que la empresa concesionaria tiene identificadas, organizadas y está desarrollando todas aquellas actividades de carácter administrativo y técnico que contractualmente está obligada a realizar, para la prestación de los servicios no sanitarios antes referidos.

### UNIDADES DIRECTIVAS IMPLICADAS

#### Responsables de la auditoría

- Unidad Técnica de Control
- Dirección General de Gestión Económico Financiera

#### Participantes en la auditoría

- Empresa auditora externa

### ACTIVIDADES

- Elaboración del programa funcional de la auditoría
- Desarrollo del concurso público
- 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 2019-2020  |                        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|---|------------------------|------|----|----|----|------|----|----|----|
| AUDITORÍA   | HOSPITALES             | 2019 |    |    |    | 2020 |    |    |    |
|   |                        | 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             |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 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             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Clínico San Carlos     |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Móstoles               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Cristina       |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | 12 de Octubre          |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Adecuación de la prescripción de fármacos antineoplásicos orales (ANEO) 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             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Ramón y Cajal          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | La Paz                 |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Móstoles               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Getafe                 |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 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             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Henares                |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Ramón y Cajal          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Fundación Alcorcón     |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Severo Ochoa           |      |    |    |    |      |    |    |    |

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2019-2020

| AUDITORÍA   | HOSPITALES             | 2019 |    |    |    | 2020 |    |    |    |
|---|------------------------|------|----|----|----|------|----|----|----|
|   |                        | T1   | T2 | T3 | T4 | T1   | T2 | T3 | T4 |
| Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con inhibidores de Tirosin-quinasa para el tratamiento de Leucemia Mieloide Crónica  | Torrejón               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Villalba               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Fundación Jiménez Díaz | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Rey Juan Carlos        | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Infanta Elena          | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Gómez Ulla             | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Gregorio Marañón       | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | La Princesa            | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Severo Ochoa           | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Getafe                 | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
| Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con Abiraterona y Enzalutamida para el tratamiento de Cáncer de Próstata Metastásico | Torrejón               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Villalba               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Fundación Jiménez Díaz | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Rey Juan Carlos        | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Infanta Elena          | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Gómez Ulla             | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Infanta Leonor         | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Sureste                | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Henares                | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | La Paz                 | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Móstoles               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
| Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con Regorafenib y Triflurida/tipiracilo para el tratamiento de Cáncer Colorrectal    | Torrejón               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Villalba               | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Fundación Jiménez Díaz | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Rey Juan Carlos        | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Infanta Elena          | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Gómez Ulla             | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Ramón y Cajal          | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Infanta Sofía          | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Puerta de Hierro M.    | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Getafe                 | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |
|   | Tajo                   | ■    | ■  | ■  | ■  | ■    | ■  | ■  | ■  |

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2019-2020

| AUDITORÍA   | HOSPITALES             | 2019 |    |    |    | 2020 |    |    |    |
|---|------------------------|------|----|----|----|------|----|----|----|
|   |                        | T1   | T2 | T3 | T4 | T1   | T2 | T3 | T4 |
| Adecuación de la prescripción del tratamiento con Sacubitrilo/valsartán al documento "Criterios para la utilización de Sacubitrilo/valsartán en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sintomática con fracción de eyección reducida                                | Torrejón               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Villalba               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Fundación Jiménez Díaz |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Rey Juan Carlos        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Elena          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Gómez Ulla             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Leonor         |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Gregorio Marañón       |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Príncipe de Asturias   |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | 12 de Octubre          |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Verificar la información clínica de los pacientes en tratamiento con omega-3. adecuación de la prescripción del tratamiento con este fármaco a la única indicación que tiene actualmente financiada: pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados | Torrejón               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Villalba               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Fundación Jiménez Díaz |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Rey Juan Carlos        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Elena          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Gómez Ulla             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Sofía          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Puerta de Hierro M.    |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Clínico San Carlos     |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Fuenlabrada            |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 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             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Gregorio Marañón       |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Henares                |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Príncipe de Asturias   |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Ramón y Cajal          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Puerta de Hierro M.    |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Clínico San Carlos     |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Móstoles               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Severo Ochoa           |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Fuenlabrada            |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Cristina       |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Tajo                   |      |    |    |    |      |    |    |    |

PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2019-2020

| AUDITORÍA   | HOSPITALES             | 2019 |    |    |    | 2020 |    |    |    |
|---|------------------------|------|----|----|----|------|----|----|----|
|   |                        | T1   | T2 | T3 | T4 | T1   | T2 | T3 | T4 |
| 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 torres de refrigeración y condensadores evaporativos   | 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 del cumplimiento de las obligaciones de identificación y filiación de pacientes  | Torrejón               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Villalba               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Fundación Jiménez Díaz |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Rey Juan Carlos        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Elena          |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Gómez Ulla             |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Sureste                |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Príncipe de Asturias   |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Puerta de Hierro M.   |                        |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Evaluación de la calidad del servicio de limpieza   | Torrejón               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Villalba               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Rey Juan Carlos        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Elena          |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Evaluación de la calidad del servicio de personal administrativo  | Torrejón               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Villalba               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Rey Juan Carlos        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Elena          |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Evaluación de la calidad del servicio de lavandería   | Torrejón               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Villalba               |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Rey Juan Carlos        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|   | Infanta Elena          |      |    |    |    |      |    |    |    |

**PLAN AUDITORÍAS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE GESTIÓN INDIRECTA 2019-2020**

| AUDITORÍA  | HOSPITALES      | 2019 |    |    |    | 2020 |    |    |    |
|--|-----------------|------|----|----|----|------|----|----|----|
|  |                 | T1   | T2 | T3 | T4 | T1   | T2 | T3 | T4 |
| Auditoría de calidad del servicio de gestión del mantenimiento | Torrejón        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|  | Villalba        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|  | Rey Juan Carlos |      |    |    |    |      |    |    |    |
|  | Infanta Elena   |      |    |    |    |      |    |    |    |
| Auditoría operativa de calidad                                 | Torrejón        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|  | Villalba        |      |    |    |    |      |    |    |    |
|  | Rey Juan Carlos |      |    |    |    |      |    |    |    |
|  | Infanta Elena   |      |    |    |    |      |    |    |    |

| HOSPITAL           | AUDITORÍAS 2019            |                |                  |                            |                               |                             |                                |                         |                         |     |                       |   |                     |                          |                                      |                   |                                  |                     |                        |                                |
|--------------------|----------------------------|----------------|------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----|-----------------------|---|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|
|                    | Obj. Calidad Inf. Paciente | Tratamiento EM | Tratamiento ANEO | Tratamiento Hipolipemiente | Tratamiento Leucemia Mieloide | Tratamiento Cáncer Próstata | Tratamiento Cáncer Colorrectal | Tratamiento con SAC/VAL | Tratamiento con Omega-3 | TRD | Seguridad Alimentaria | Torres refrigeración y condensadores evaporativos | Actividad Sanitaria | Facturación Intercentros | Identificación y filiación pacientes | Servicio Limpieza | Servicio Personal Administrativo | Servicio Lavandería | Servicio Mantenimiento | Auditoría Operativa de Calidad |
| 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               |                            |                |                  |                            |                               |                             |                                |                         |                         |     |                       |   |                     |                          |                                      |                   |                                  |                     |                        |                                |



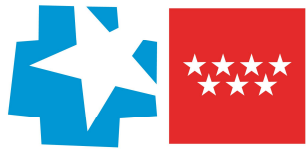
| HOSPITAL           | AUDITORÍAS 2020            |                |                  |                            |                               |                             |                                |                         |                         |     |                       |   |                     |                          |                                      |                   |                                  |                     |                        |                                |
|--------------------|----------------------------|----------------|------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----|-----------------------|---|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|
|                    | Obj. Calidad Inf. Paciente | Tratamiento EM | Tratamiento ANEO | Tratamiento Hipolipemiente | Tratamiento Leucemia Mieloide | Tratamiento Cáncer Próstata | Tratamiento Cáncer Colorrectal | Tratamiento con SAC/VAL | Tratamiento con Omega-3 | TRD | Seguridad Alimentaria | Torres refrigeración y condensadores evaporativos | Actividad Sanitaria | Facturación Intercentros | Identificación y filiación pacientes | Servicio Limpieza | Servicio Personal Administrativo | Servicio Lavandería | Servicio Mantenimiento | Auditoría Operativa de Calidad |
| 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