

CONTRATO DE GESTIÓN 2016

**GERENCIA DE ATENCION HOSPITALARIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
EL ESCORIAL**

INTRODUCCIÓN:

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

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

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

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

INDICE

CONDICIONES GENERALES	4
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN	7
HOSPITALIZACIÓN: NIVEL III	9
ESTRUCTURA DE ATENCION HOSPITALARIA.....	10
PRUEBAS DE ACCESO LIBRE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:	11
FINANCIACIÓN.....	14
OBJETIVOS CENTRO	18



CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

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

Contrato de Gestión 2016

Servicio Madrileño de Salud

- ✓ *La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.*
- ✓ *La supervisión y control de la gestión económica y financiera de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos.*

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

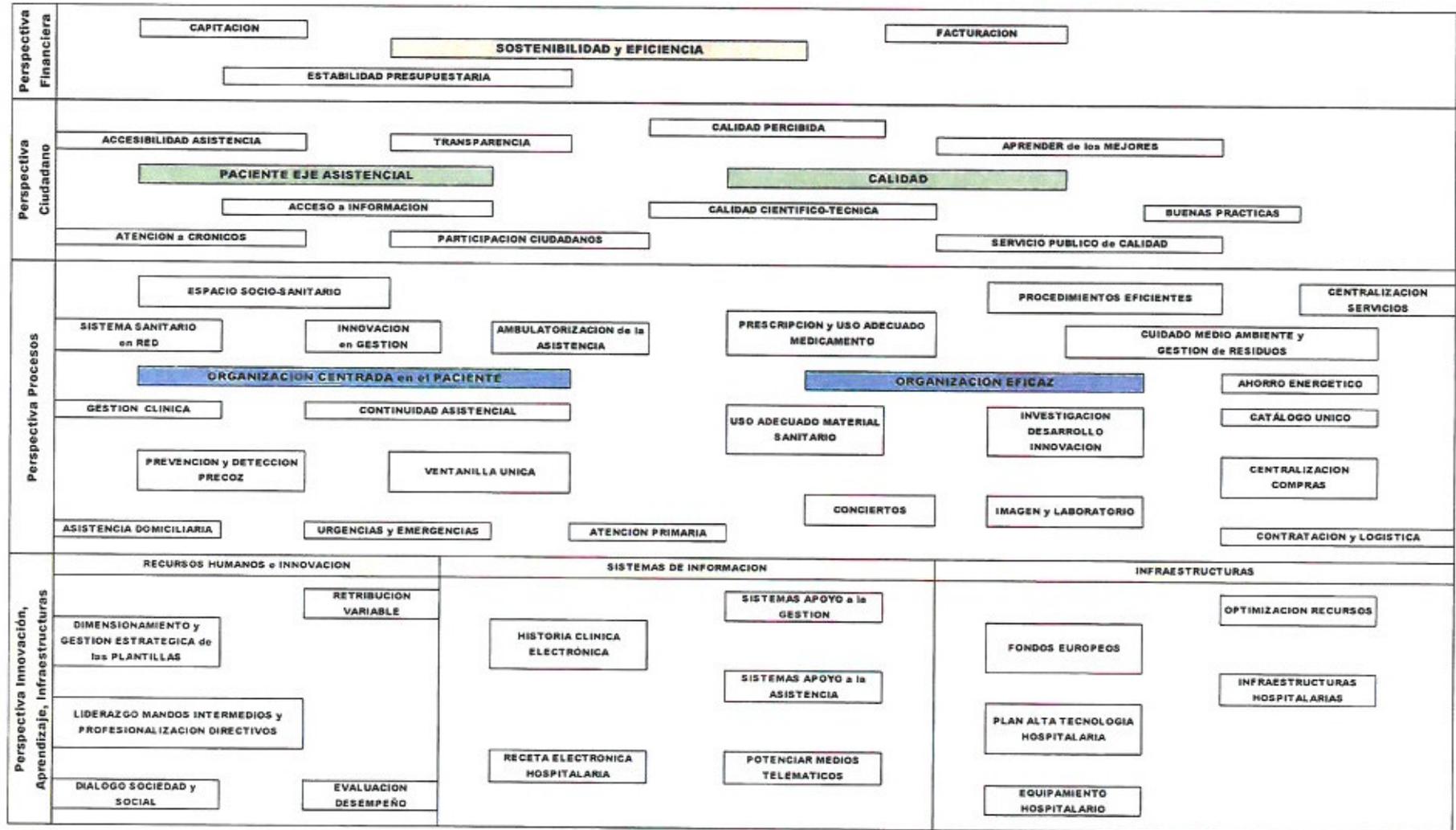
En base a la normativa descrita, el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud desarrolla el presente Contrato de Gestión de los centros adscritos a dicho servicio.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), valorando el escenario actual y previsible, así como las estimaciones estratégicas previas, adopta en el 2015 las siguientes líneas generales como guía a desarrollar en los sucesivos Contratos de Gestión.

De ellas hay que distinguir las de responsabilidad de desarrollo esencialmente a nivel central y las que deberán ser desarrolladas más operativamente en las unidades de provisión (áreas remarcadas), en función de las prioridades establecidas para el presente ejercicio.

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





ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

La Gerencia del HOSPITAL EL ESCORIAL presta la atención de su competencia, contenida en la cartera de servicios que se recoge en éste apartado del Contrato de Gestión, siendo su población de referencia de 107.803 personas según TSI a fecha 1 de enero de 2016 y su estructura poblacional en relación a los servicios ofertados la recogida en la siguiente tabla:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)	107.803
---------------------------------	----------------

Distribución población TSI según tramos etarios

0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
2.708	17.745	71.522	10.208	5.620

Distribución población TSI según cribado

50-69 años		25-69 años	
Ca. mama	12.410	Ca. cérvix	31.181
50-69 años			
Ca. colón	24.819		

Para ello cuenta con la siguiente Organización y Estructura:

EQUIPO DIRECTIVO		CATEGORÍA	Nº*	MANDOS INTERMEDIOS		CATEGORÍA	Nº*
		DIRECTOR GERENTE AS. HOS. CAT. 3	1			JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	
		DIRECTOR MEDICO AS. HOS. CAT. 3	1			JEFE DE SERVICIO	
		DIRECTOR GESTION SS. GG. AS. HOS. CAT. 3	1			JEFE DE SECCIÓN	10
		DIRECTOR ENFERMERIA AS. HOS. CAT. 3	1			SUPERVISORES/AS DE AREA FUNCIONAL	
						SUPERVISORES/AS DE UNIDAD ENFERMERO/A JEFE DEL SERV. ATENC. PACIENTE	10
						JEFE DE SERVICIO NS	3
						JEFE DE SECCIÓN NS	2
						JEFE DE GRUPO	3
						JEFE DE EQUIPO	2

*A lo largo del ejercicio 2016 los centros se irán adaptando a la estructura tipo por categoría y nivel de hospital.

Efectivos a 1 de enero de 2016:

CATEGORÍA	Nº EFECTIVOS	OTRAS ACTUACIONES
FACULTATIVOS	101	
MATRONAS	8	
ENFERMERAS	124	
FISIOTERAPEUTAS	4	
TECNICOS SUPERIORES ESPECIALISTAS	27	
TMSCAE	93	
OTRO PERSONAL SANITARIO	0	
TOTAL PERSONAL SANITARIO	357	
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	37	
CELADORES	33	
PINCHES	10	
OTRO PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	55	
TOTAL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	135	
TOTAL EFECTIVOS	492	

Los efectivos, a 1 de enero de 2016, se irán ajustando a lo largo del ejercicio a los establecidos en la plantilla horizonte definida para el Centro

HOSPITALIZACIÓN: NIVEL III

ESPECIALIDADES/CATEGORIAS Y MODALIDADES DE ASISTENCIA:

ESPECIALIDAD / CATEGORÍA	DISPONIBLE	DOCENCIA	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	HOSPITALIZACIÓN ESPECIAL	CONSULTAS EXTERNAS	PRUEBAS DIAG. Y TER.	HOSPITAL DE DIA	CIRUGIA CON INGRESO	CIRUGIA AMBULATORIA	ATENCIÓN CONTINUADA
ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA	SI									
ALERGOLOGÍA										
ANÁLISIS CLÍNICOS	SI									L
ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI					SI				
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	SI			SI	SI		SI	SI	SI	F*
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR										
APARATO DIGESTIVO	SI		SI		SI	SI	SI			L
BIOQUÍMICA	SI									
CARDIOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI			
CIRUGÍA CARDIACA										
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	SI		SI		SI		SI	SI	SI	F*
CIRUGÍA MAXILOFACIAL										
CIRUGÍA PEDIÁTRICA										
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA										
CIRUGÍA TORÁCICA										
DERMATOLOGÍA MEDICO-QUIRÚRGICA	SI		SI		SI		SI		SI	
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICIÓN										
FARMACIA HOSPITALARIA	SI									
FARMACOLOGÍA CLINICA										
GERIATRÍA										
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	SI				SI	SI	SI			
INMUNOLOGÍA										
MEDICINA DEL TRABAJO	SI*									
MEDICINA INTENSIVA										
MEDICINA INTERNA	SI		SI		SI		SI			F
MEDICINA NUCLEAR										
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	SI									
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	SI									
NEFROLOGÍA										
NEUMOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI			
NEUROCIRUGÍA										
NEUROFISIOLOGÍA CLINICA										
NEUROLOGÍA										
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI	SI	SI	F*
OFTALMOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI	SI	SI	L*
ONCOLOGÍA MÉDICA										
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA										
OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI	SI	SI	L*
PEDIATRIA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS	SI		SI		SI	SI				F
PSICOLOGÍA CLÍNICA	SI				SI					
PSIQUIATRÍA	SI				SI					
RADIODIAGNÓSTICO	SI					SI				
RADIOFÍSICA										
REHABILITACIÓN	SI				SI					
REUMATOLOGIA	SI				SI		SI			
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI		SI		SI		SI	SI	SI	F*
URGENCIAS	SI									F
UROLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI	SI	SI	F*

*No se incluye la Atención Continuada de Trasplantes, ANR 1F/1L, CGD 1F/1L, M Trabajo: H Puerta Hierro, OBS-GIN 1F/1L, OFT L(4/7), ORL L(3/7), TRA 1F/1L, URO L(5/7)

ESTRUCTURA DE ATENCION HOSPITALARIA

Descripción Estructura/Equipamiento	Número
Camas funcionantes	74
Total Nº quirófanos	5
Nº paritorios	2
Nº locales de Consulta Hospital	28
Nº locales de Consulta CEP	16
Total Nº puestos hemodiálisis hospital	
Nº puestos Hospital de Día Onco-hematológico	2
Nº puestos Hospital de Día SIDA	
Nº puestos Hospital de Día Geriátrico	
Nº puestos Hospital de Día Psiquiátrico	
Nº puestos Hospital de Día Otros Médicos	1
Nº puestos Hospital de Día Quirúrgicos	6
Nº Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico	3
Nº Ecógrafos Servicio de Cardiología	
Nº Ecógrafos Otros servicios del hospital	5
Nº Mamógrafos digitales (NO Digital, Imagen digitalizada)	1
Nº Angiografos digitales Radiodiagnóstico	
Nº Resonancia Magnética	1
Nº Tomografía Computarizada helicoidal	1
Nº Salas Convencionales Radiodiagnóstico	2
Nº Telemandos Radiodiagnóstico	1
Nº Arco multifuncional Radiodiagnóstico	
Nº Equipos Radioquirúrgicos	
Nº Litotrictores	
Nº Salas Hemodinámica	
Nº Gammacamars	
Nº Aceleradores Lineales	
Nº Planificadores	
Nº Simuladores	
Densitómetros	
Ortopantomógrafos	
Quirófanos Instalados Hospital	5
Quirófanos Instalados CEP	
Puestos Hemodiálisis No Infecciosos	
Puestos Hemodiálisis Infecciosos	
P.E.T.	
Ecocardiógrafos	2
Equipos Ergometría	
Holter Electrocardiograma	2
Holter Tensión	
Salas Endoscopias	2
Gastroscopio / Esofagoscopios	3
Colonoscopios / Rectoscopios	3
Polisomnógrafos	
Electroencefalógrafos	
Vídeo EEG	
Electromiógrafos	
Equipos Potenciales Evocados	

PRUEBAS DE ACCESO LIBRE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Catálogo de Pruebas de Laboratorio, tasa/% pruebas/consultas: 8,72

ANÁLISIS CLÍNICOS

- ALERGENOS MÚLTIPLES (CUALITATIVO)
- ESTUDIO CUALITATIVO DE NEUMOALERGENOS
- ALERGIA A ACAROS
- ALERGIA A ALIMENTOS
- ESTUDIO PROTEÍNAS DEL HUEVO
- ESTUDIO PROTEÍNAS LECHE DE VACA
- ALERGIA A EPITELIOS
- ALERGIA A MEDICAMENTOS
- ALERGIA A MOHOS
- ALERGIAS OCUPACIONALES
- ALERGIA A PARÁSITOS
- ANISAKIS (P4)
- ALERGIA A PÓLENES DE ÁRBOLES
- ALERGIA A PÓLENES DE PLANTAS
- ALERGIA A PÓLENES Y GRAMÍNEAS
- ESTUDIO DE PÓLENES Y GRAMÍNEAS
- ALERGIA A VENENOS
- ACLARAMIENTO DE CREATININA
- ACLARAMIENTO DE CREATININA (ML/MIN)
- ALBÚMINA/CREATININA (UNA MICCIÓN)
- PROTEÍNAS/24 H
- AC ÚRICO/24 H
- CALCIO/CREATININA (UNA MICCIÓN)
- CALCIO/24 H
- FOSFORO/24 H
- CALCIO/FOSFORO/2H
- IONES ORINA (UNA MICCIÓN)
- IONES ORINA (24 H)
- CORTISOL/24 H
- CATECOLAMINAS (ORINA 24H)
- AC. 5-HIDROXIINDOLACÉTICO (MG/L)
- CRIBADO PRENATAL
- SISTEMÁTICO DE ORINA
- SEDIMENTO URINARIO
- ESTUDIO DE HECES
- GRASA EN HECES
- SANGRE OCULTA EN HECES
- DETERMINACIÓN DE GLICOHEMOGLOBINA
- SEMINOGRAMA
- SEMINOGRAMA ESTUDIO COMPLETO
- SEMINOGRAMA POST-VASECTOMÍA
- ESTUDIO DE LITIASIS
- MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS
- DIGOXINA
- TEOFILINA
- FENITOÍNA
- FENOBARBITAL
- CARBAMAZEPINA
- VALPROICO, ÁCIDO
- AMITRIPTILINA
- LAMOTRIGINA
- DROGAS DE ABUSO
- HEMOGRAMA
- RETICULOCITOS
- INMUNO-HEMAT. EMBARAZO GS. RH. COOMBS IND.
- ESTUDIO DE COAGULACIÓN
- ESTUDIO DE HIPERCOAGULABILIDAD
- SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T
- AC. ANTINUCLEARES
- TITULACIÓN AC.. ANTI-MITOCONDRIALES
- HLA-B27
- AC. ANTITIROIDEOS
- ESTUDIO DE CELIAQUÍA
- ALFA-FETOPROTEÍNA
- BETA-HCG (GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA)
- CEA (AG CARCINOEMBRIONARIO)
- ANTÍGENO CA 125
- ANTÍGENO CA 19-9
- ANTÍGENO CA 15-3
- PSA (AG. ESPECÍFICO PROSTÁTICO)
- CYFRA 21-1
- SANGRE OCULTA EN HECES (INMUNOLÓGICA)
- 25-OH-VITAMINA D
- COBRE
- ZINC
- RENINA BASAL
- ALDOSTERONA BASAL (TRAS 1H DE REPOSO EN DECÚBITO)
- S.O.G. 50 G (TEST O'SULLIVAN)
- S.O.G. GESTANTES (100G)
- S.O.G. GESTANTES (75G)
- SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (75 G)
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR (MDRD-4)
- ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO (CKD-EPI)
- AC. URICO
- COLESTEROL TOTAL
- TRIGLICÉRIDOS
- COLESTEROL-HDL
- COLESTEROL LDL (CALCULADO)
- COLESTEROL VLDL
- PROTEÍNAS TOTALES
- ALBÚMINA
- BILIRUBINA TOTAL
- BILIRUBINA CONJUGADA (DIRECTA)
- BILIRUBINA NO CONJUGADA (INDIRECTA)
- GPT (ALT)
- LDH
- FOSFATASA ÁCIDA (FAC)
- FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA
- CK (CREATIN-CINASA)
- AMILASA
- LIPASA
- COLINESTERASA
- IONES EN SUERO
- CALCIO- FOSFORO
- VITAMINA B12
- AC. FÓLICO
- HIERRO
- FERRITINA
- TRANSFERRINA
- ÍNDICE SATURACIÓN TRANSFERRINA
- CAPACIDAD TOTAL FIJACIÓN HIERRO
- T.S.H.
- T4 LIBRE
- PROLACTINA BASAL
- FSH
- LH
- ESTRADIOL
- 17-OH-PROGESTERONA
- PROGESTERONA
- TESTOSTERONA
- DHEA-S
- ANDROSTENDIONA
- CORTISOL
- ACTH
- PARATOHORMONA INTACTA
- PÉPTIDO C
- IGF-I (SOMATOMEDINA-C)
- PROTEÍNA C REACTIVA
- FACTOR REUMATOIDE
- TRIPTASA
- INMUNOGLOBULINAS (IGG, IGM, IGA)
- ALFA1-ANTITRIPSINA
- PROTEINOGRAMA EN SUERO
- BETA-HCG EN ORINA (TEST EMBARAZO)
- TEST EN ALIENTO H.PYLORI (TAU-C13)
- METOTREXATO
- LITIO
- VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
- GOT (AST)
- GGT
- FOSFATASA ALCALINA

SEROLOGÍA

- SEROL. HEPATITIS A (ESTADO INMUNITARIO)
- SEROL. HEPATITIS A AGUDA
- SEROLOGÍA DE HEPATITIS B
- SEROLOGÍA DE HEPATITIS B POST-VACUNACIÓN
- SEROLOGÍA DE HEPATITIS B (GESTANTE)
- VHB CARGA VIRAL (PCR)
- SEROLOGÍA DE HEPATITIS C
- VHC CARGA VIRAL
- SEROLOGÍA VIH
- PCR VIH (CARGA VIRAL)
- PCR CITOMEGALOVIRUS
- SEROLOGÍA DE RUBEOLA
- SEROLOGÍA DE RUBEOLA IGM. SOSPECHA INFECCIÓN AGUDA
- SEROLOGÍA CITOMEGALOVIRUS
- SEROLOGÍA DE CITOMEGALOVIRUS IGM. SOSPECHA INFECCIÓN AGUDA
- SEROLOGÍA DE EPSTEIN-BARR (MONONUCLEOSIS)
- PAUL BUNNELL (MONONUCLEOSIS)
- SEROLOGÍA DE PAROTIDITIS
- SEROLOGÍA DE PAROTIDITIS IGM. SOSPECHA INFECCIÓN AGUDA
- SEROLOGÍA DE SARAMPIÓN
- SEROLOGÍA DE SARAMPIÓN IGM. SOSPECHA INFECCIÓN AGUDA
- SEROLOGÍA DE VARICELA
- SEROL. HERPES SIMPLE
- SEROLOGÍA DE PARVOVIRUS B19
- SEROLOGÍA DE SÍFILIS
- SEROLOGÍA DE BRUCELLA
- SEROL. BORRELIA BURGDORFERI (ENF. LYME)
- SEROL. BARTONELLA (ENF. ARAÑAZO DE GATO)
- SEROLOGÍA DE HELICOBACTER PYLORI
- SEROLOGÍA DE MYCOPLASMA PNEUMONIAE
- SEROLOGÍA DE LEGIONELLA
- SEROLOGÍA DE CHLAMYDIA
- SEROLOGÍA DE COXIELLA BURNETII (FIEBRE Q)
- SEROL. DE RICKETTSIA CONORII (FIEBRE BOTONOSA)
- SEROLOGÍA DE SALMONELLA
- SEROLOGÍA DE TOXOPLASMOSIS
- SEROLOGÍA DE TOXOPLASMOSIS IGM. SOSPECHA INFECCIÓN AGUDA
- SEROLOGÍA ENF. DE CHAGAS
- SEROL. HIDATIDOSIS
- SEROLOGÍA DE TRICHINELLA
- SEROLOGÍA DE LEISHMANIA

MICROBIOLOGÍA

- ESTUDIO DE PARÁSITOS TROPICALES
- ORINA: UROCULTIVO
- ORINA: UROCULTIVO (BOLSA PEDIATRICA)
- ORINA: UROCULTIVO (SONDA)
- ORINA: ESTUDIO DE CHLAMYDIA
- ORINA: ESTUDIO DE CITOMEGALOVIRUS
- PIURIA ESTERIL
- ORINA - ANTÍGENO LEGIONELLA
- ORINA - ANTÍGENO NEUMOCOCCO
- ORINA - PARÁSITOS (SCHISTOSOMA)
- ORINA - ESTUDIO MICOBACTERIAS
- ORINA - ESTUDIO MICOBACTERIAS (2ª MUESTRA)
- ORINA - ESTUDIO MICOBACTERIAS (3ª MUESTRA)
- HECES - PARÁSITOS
- HECES - CRIPTOSPORIDIUM
- TEST DE GRAHAM
- HECES - COPROCULTIVO
- HECES - VIRUS
- HECES - TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE
- HECES - AG. HELICOBACTER PYLORI
- ESPUTO - CULTIVO
- ESPUTO - ESTUDIO MICOBACTERIAS
- EXUDADO URETRAL - ESTUDIO DE ETS
- PROTOCOLO URETRITIS
- PROTOCOLO PROSTATITIS
- EXUDADO URETRAL - GONOCOCO
- EXUDADO URETRAL - AG DE CHLAMYDIA
- EXUDADO URETRAL - TRICHOMONAS
- EXUDADO ENDOCERVICAL - ESTUDIO DE ETS
- EXUDADO ENDOCERVICAL - GONOCOCO
- EXUDADO ENDOCERVICAL - CHLAMYDIA
- EXUDADO ENDOCERVICAL - TRICHOMONAS
- EXUDADO VAGINAL
- EXUDADO VAGINAL-ANAL - CRIBADO S. AGALACTIAE (ALERGIA PENICILINA)
- EXUDADO VAGINAL-ANAL - CRIBADO S. AGALACTIAE
- EXUDADO NASAL - ESTUDIO PORTADOR S. AUREUS
- EXUDADO FARÍNGEO - ESTUDIO S. PYOGENES
- EXUDADO FARÍNGEO - ESTUDIO PORTADOR NEISSERIA
- EXUDADO CONJUNTIVAL
- EXUDADO CONJUNTIVAL DERECHO
- EXUDADO CONJUNTIVAL IZQUIERDO
- EXUDADO ÓTICO
- EXUDADO ÓTICO DERECHO
- EXUDADO ÓTICO IZQUIERDO
- CAVIDAD ORAL/LENGUA - HONGOS
- ABSCESO CUTÁNEO - ASPIRADO
- HERIDA SUPERFICIAL - EXUDADO PIEL
- HERIDA QUIRÚRGICA - CULTIVO
- ÚLCERA EN PIEL - CULTIVO
- ÚLCERA GENITAL - CAMPO OSCURO
- ÚLCERA GENITAL - CULTIVO
- EXUDADO BALANO-PREPUCIAL-HONGOS
- EXUDADO VULVAR
- EX. PLIEGUES CUTÁNEOS (INTÉRTRIGO CANDIDIÁSICO)
- EXUDADO UMBILICAL
- EXUDADO PERIANAL
- EXUDADO RECTAL (PORTADOR MULTIRRESISTENTES)
- RASPADO PIEL - HONGOS (MICOSIS SUPERFICIALES)
- UÑA MANO - HONGOS
- UÑA PIE - HONGOS
- CUERO CABELLUDO - HONGOS
- PELO - HONGOS
- LECHE MATERNA - CULTIVO
- LÍQUIDO SINOVIAL - CULTIVO

Tasa Derivaciones de Pruebas Diagnósticas:

PRUEBA DIAGNÓSTICA	TASA DERIVACIÓN TOTAL 1.000TSI	TASA DERIVACIÓN Atención Primaria 1.000TSI
ECOGRAFIA	151,68	48,59
ECOGRAFIA DOPPLER	8,82	0,04
MAMOGRAFÍA	29,87	3,90
RADIOLOGÍA TELEMANDADA	6,61	0,16
RADIOLOGÍA SIMPLE	570,57	113,77
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA	73,13	
RESONANCIA MAGNETICA	61,08	
ENDOSCOPIAS (Panendoscopias)	17,68	2,98
ENDOSCOPIAS (Colonoscopias)	27,30	5,65
ELECTROENCEFALOGRAFÍA		
ELECTROMIOGRAFÍA		
POLIGRAFÍA		
POTENCIALES EVOCADOS	1,09	
ECOCARDIOGRAFÍA	29,86	
HOLTER ECG	10,69	
ERGOMETRÍA		
PET		
GAMMAGRAFÍA		
LITOTRIZIA		
DENSITOMETRIA		1,62
FRECUENTACIÓN GLOBAL	1.192,63	

Tasa Derivaciones de Consultas Externas:

ESPECIALIDAD	TASA DERIVACIÓN TOTAL 1.000TSI	TASA DERIVACIÓN Atención Primaria 1.000TSI
ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR		
ALERGOLOGÍA		
ANESTESIA Y REANIMACIÓN	44,60	
CARDIOLOGÍA	21,18	12,43
CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	28,47	18,09
CIRUGÍA MAXILOFACIAL		
CIRUGÍA PEDIÁTRICA		
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA		
DERMATOLOGIA	66,02	59,97
DIGESTIVO	28,64	17,25
ENDOCRINOLOGÍA		
GERIATRIA		
HEMATOLOGÍA	7,16	**
MEDICINA INTERNA	10,59	5,25
NEFROLOGÍA		
NEUMOLOGÍA	14,02	7,61
NEUROLOGÍA		
NEUROCIRUGÍA		
GINECOLOGÍA	100,09	80,23
OBSTETRICIA	37,22	29,87
OFTALMOLOGÍA	62,28	48,36
ONCOLOGÍA MÉDICA		
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA		
OTORRINOLARINGOLOGÍA	51,03	34,83
PEDIATRÍA	122,43	59,35
PSICOLOGIA		
PSQUIATRÍA	20,96	11,75
REHABILITACIÓN	26,25	4,79
REUMATOLOGÍA	16,71	10,69
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	79,43	49,44
UROLOGÍA	24,88	18,26
FRECUENTACIÓN GLOBAL	529,90	

**SOLO A INFANTIL

Derivaciones Lista de Espera Quirúrgica:

ESPECIALIDAD	Entradas LEQ Tasa derivación/1.000 TSI
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	
CIRUGÍA CARDÍACA	
CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	10,51
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	
CIRUGÍA TORÁCICA	
DERMATOLOGÍA	4,35
GINECOLOGÍA	8,18
NEUROCIRUGÍA	
OFTALMOLOGÍA	16,83
OTORRINOLARINGOLOGÍA	4,60
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	11,15
UROLOGÍA	6,34
TOTAL	49,06

Frecuentaciones laboratorio

ESPECIALIDAD	Determinaciones Tasa entradas/1.000 TSI
FRECUENTACIÓN / PACIENTES	1.667,41
FRECUENTACIÓN / DETERMINACIONES BIOQUÍMICA	11.483,25
FRECUENTACIÓN / DETERMINACIONES HEMATOLOGÍA	3.013,96
FRECUENTACIÓN / DETERMINACIONES MICROBIOLOGÍA	472,67
FRECUENTACIÓN / DETERMINACIONES INMUNOLOGÍA	143,85
DETERMINACIONES/TOTAL CONSULTAS	8,72

FINANCIACIÓN

La Gerencia dispondrá de la financiación pertinente en el marco del escenario financiero establecido por los presupuestos, con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Contrato de Gestión 2016. A su vez la gerencia se compromete al cumplimiento del objetivo económico que supone esta financiación.

Los criterios utilizados para el ajuste de la financiación han sido:

1. Sostenibilidad.
2. Financiación equilibrada de acuerdo con los costes estructurales básicos y la actividad asignada.
3. Financiación estimada para las actuaciones o programas específicos que se determinen necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Servicio Madrileño de Salud.
4. Optimización de la eficiencia y mejora de los mecanismos de gestión.

La estructura de financiación se distribuye en gastos de personal, gastos para compra de bienes y servicios, gasto para prescripción farmacéutica (recetas) y gasto para inversiones, adecuada a la población de referencia y a las dotaciones de créditos establecidas en el presupuesto aprobado por la Asamblea de la Comunidad de Madrid:

1. Financiación para Gastos de Personal:

Los créditos asignados en Capítulo I "Gastos de Personal" comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato de Gestión, dentro de los límites presupuestarios establecidos.

Las dotaciones establecidas para gastos de personal en el ejercicio 2016 incluyen, entre otros, los siguientes conceptos: el incremento en un 1% de las retribuciones del personal, el abono de la antigüedad al personal estatutario temporal, los gastos derivados de la sustitución de los permisos correspondientes a los días adicionales de vacaciones y servicios prestados, los gastos derivados del convenio con la Consejería de Educación y los gastos derivados del Plan de Invierno.

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos a 1 de enero de 2016, en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales y Pactos de Gestión en vigor en dicha fecha. Esta cifra de efectivos no podrá superarse en el ejercicio, salvo por las contrataciones realizadas para el cumplimiento de los Pactos de Gestión y nuevas actuaciones especiales expresamente autorizadas y durante el plazo de vigencia de los mismos.

La financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas, administrativas o retributivas en materia de personal que tengan repercusión económica en el presupuesto del centro para el presente ejercicio.

Quedan al margen del presente Contrato de Gestión las dotaciones destinadas al abono de la productividad variable por cumplimiento de los objetivos.

2. Financiación para Gastos en Bienes y Servicios.

Los créditos asignados en Capítulo II "Gastos corrientes en bienes y servicios" comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato de Gestión, dentro de los límites presupuestarios establecidos.

Contempla las medidas a aplicar en el 2016 que afecta a la financiación de este capítulo, las cuales podemos clasificar en dos líneas generales: Participación activa de los Centros de Gestión en la extensión y desarrollo de la Central de Compras así como la planificación de las adquisiciones reduciendo al máximo los contratos menores y Desarrollo de herramientas para la planificación económica que permita la mejora de la información, necesaria para el seguimiento y evaluación del gasto.

La financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas, que tengan repercusión económica en el presupuesto del centro para el presente ejercicio.

La ejecución del presupuesto relativo a la adquisición de lencería y vestuario se encuentra condicionada a la definición de la tramitación del concurso centralizado de lencería, por ello se revisaran y autorizaran las cuantías correspondientes a cada centro de manera individual por parte de la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.

La ejecución del presupuesto relativo a la actividad concertada requiere la justificación y solicitud previa a la a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Posteriormente la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias concretará el presupuesto correspondiente a cada concepto del artículo 25 de acuerdo con las autorizaciones realizadas.

3. Financiación para Gastos en Inversiones.

La financiación para inversiones tiene como objetivo la reposición, modernización, actualización y ampliación del inmovilizado existente para poder mantener y mejorar la calidad del servicio sanitario que se presta a los ciudadanos.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Contempla la aplicación al 2016 de las medidas que afectan a la financiación de este capítulo.

La asignación de los créditos de inversión requiere la autorización previa de las actuaciones a desarrollar, así como la remisión de la información necesaria para su seguimiento. Por ello, las necesidades y actuaciones en Capítulo VI deberán solicitarse y justificarse ante la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.

El objetivo se concretará con el conjunto de actuaciones aprobadas por las Direcciones Generales señaladas.

4. Objetivo de Ingresos:

Tiene como objetivo la mejora de la actividad de facturación y cobros de todas aquellas prestaciones de servicios que deben ser financiadas por terceros responsables del pago. (Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre).

Con los criterios ya comentados, la financiación prevista para el año 2016 será:

FINANCIACIÓN	CANTIDAD EN EUROS
CAPÍTULO I:	22.464.640,00 €
Formación	
CAPÍTULO II:	7.530.011,00 €
Facturación Terceros	206.658,00 €

Las desviaciones respecto a la financiación asignada serán evaluadas atendiendo los objetivos fijados por la Consejería de Sanidad así como los criterios presupuestarios de sostenibilidad y eficiencia, considerando la asignación de nuevos objetivos o circunstancias no previstas a la firma de este Contrato de Gestión.

OBJETIVOS CENTRO

PERSPECTIVA FINANCIERA

PERSPECTIVA FINANCIERA		VALORACIÓN	25%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (Sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
		AH		
CUMPLIR EL OBJETIVO PRESUPUESTARIO	100	Ajuste a presupuesto CAP I: Efectivos, Sustituciones, Productividad variable ¹ .	100%	50
		Ajuste a presupuesto CAP II: Conciertos, Material Sanitario, Farmacia hospitalaria, Servicios ¹	100%	30
		Cobros a terceros ajustado a objetivo	100%	20

¹ Objetivo excluyente de cumplimiento del Contrato de Gestión del Centro

PERSPECTIVA CIUDADANOS

PERSPECTIVA DEL CIUDADANOS		VALORACIÓN	40%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (Sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
		AH	IMPULSAR LA ACCESIBILIDAD	
ACCESIBILIDAD	40	Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para procesos diagnósticos/terapéuticos >45 días en Lista Espera Estructural	0	15
		Número de pacientes que superan los días de espera en Consultas Externas >60 días en Lista Espera Estructural	0	10
		Número de pacientes que superan los días de espera establecidos para intervenciones quirúrgicas >180 días en Lista espera Estructural	0	15
		AH	IMPULSAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA	
CALIDAD	20	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización	100%	3
		Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras	100%	4
		Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados	100%	3
		Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida	100%	4
		Indicador sintético de gestión de calidad	100%	3
		AH	IMPULSAR UN SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	
SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	20	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias	<0,1	4
		% Pacientes que han desarrollado heridas crónicas durante el ingreso con estancia >2 días	<2,5%	4
		% Pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	>95%	4
		AH	IMPULSAR CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS	
CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS	20	Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Laboratorio en la frecuentación pactada	>95%	6
		Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Técnicas diagnósticas en la frecuentación pactada	>95%	7
		Proporcionar derivaciones de Atención Primaria en cartera servicios Consultas externas en la frecuentación pactada	>95%	7

² Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva Ciudadanos del Contrato de Gestión del Centro

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

PERSPECTIVA PROCESOS

PERSPECTIVA PROCESOS		20%		
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
AH		IMPULSAR LA ORGANIZACIÓN Y GESTION CLINICA		
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLINICA	5	³ Desplegar y firmar aceptación o denegación del Acuerdo de Gestión con todos los servicios y unidades del centro en el primer cuatrimestre	100%	5
	25	Índice estancia media ajustada (IEMA) a su grupo	≤0,99	5
		Estancia prequirúrgica urgente	≤2 días	4
		% Suspensión quirúrgica	<4%	4
		Índice ambulatorización global procesos quirúrgicos ambulatorizables	≥70%	4
		Índice sucesivas/primeras por especialidad	<1,70	4
% Urgencias no ingresadas (excluido los partos)	≥93%	4		
AH		IMPULSAR PROCESOS DE CARTERA DE SERVICIOS		
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PROCESOS	35	Agendas tipo en consultas	>95%	8
		Agendas tipo en pruebas diagnósticas	>95%	8
		Porcentaje Ocupación quirófano, anestesia, cirugía	>80,70,80%	9
		% Valoración previa especialista VPE citas > 15 días	95%	5
		Valoración previa sospecha malignidad < 10 días	100%	5
AH		MEJORA PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO		
PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO	35	Indicador sintético de prescripción de receta	≥ 0,8	10
		Indicador sintético de eficiencia en farmacia hospitalaria	≥ 0,8	25

³Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva Procesos del Contrato de Gestión del Centro
La descripción de los indicadores sintéticos aparece reflejada en el Anexo I

PERSPECTIVA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS

PERSPECTIVA INNOVACION APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS		15%		
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
AH		ORIENTAR LA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS		
INFORMACIÓN ASISTENCIAL	25	Enviar SIAE en fecha y forma en los dos primeros días hábiles de cada mes	100%	5
		Enviar CMBD en fecha y forma en los cinco primeros días hábiles de cada mes	100%	5
		Cerrar RULEQ en fecha y forma en el último día hábil de cada mes	100%	5
		Cerrar SiCyT en fecha y forma en los tres primeros días hábiles de cada mes	100%	5
		Enviar fichero Quirófano en fecha y forma en los dos primeros días de cada mes	100%	5
		Enviar Datos de Seguimiento en tiempo y forma	100%	15
INFORMACION GESTION ECONOMICA E INFRAESTRUCTURAS	25	Participación en Proyectos Corporativos	100%	10
		Base de datos mensual de Efectivos en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	7
INFORMACION RECURSOS HUMANOS	25	Ficha FOR en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	6
		Ficha FRET en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	6
		Ficha FGRM en fecha y forma antes del día veintidós de cada mes	100%	6
		Cumplimentación Informes de Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%	15
AUDITORIAS CLÍNICAS	25	Cumplimentación Informes de Cuidados de Enfermería al Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%	10

Contrato de Gestión 2016

Servicio Madrileño de Salud

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Reunidos D. César Pascual Fernández Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de y D. Francisco Javier Elviro Peña Director Gerente del Hospital El Escorial, revisado el presente Contrato de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad para el año 2016, y de acuerdo con las especificaciones contenidas en el mismo, acuerdan suscribirlo.

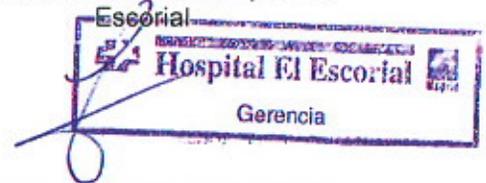
Madrid, a 30 de marzo de 2016

Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria



Logo of the Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud, with the text "DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA" and "Fdo.: César Pascual Fernández".

Director Gerente del Hospital El



Logo of Hospital El Escorial, Gerencia, with the text "Escorial" and "Hospital El Escorial Gerencia".

Fdo.: Francisco Javier Elviro Peña

INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): CALIDAD

OBJETIVO 1.- DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN LA ORGANIZACIÓN	
	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización (Objetivos de seguridad del centro, unidades/servicios y rondas de seguridad)
	(% cumplimiento objetivos de seguridad del centro+ % cumplimiento objetivos por servicios+% cumplimiento rondas de seguridad)/3
	100%
	Este indicador incluye 3 actuaciones para facilitar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 en la organización: 1) Desarrollo de al menos 5 objetivos de seguridad del paciente específicos del centro (y diferentes a los objetivos ya establecidos a nivel institucional), siendo prioritarios: identificación de prácticas innecesarias y uso seguro de radiaciones ionizantes 2) Desarrollo de al menos 2 objetivos de seguridad del paciente por servicios o unidades, siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas. 3) Realización de rondas de seguridad en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Al menos 4 rondas en hospitales grupos 1, 2, 3 (2 en UCI, 1 urgencias y 1 bloque quirúrgico) y 3 rondas en hospitales de apoyo, ME y Psq. Para poder dar por cumplido este objetivo el centro debe tener además nombrado, al menos, un responsable de seguridad del paciente por cada servicio/unidad Fuentes: Informes del centro. Listado de responsables.
	1) Objetivos globales del centro: Alcanzado al 100% si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo prioritarios un objetivo sobre identificación de prácticas innecesarias y otro de uso seguro de radiaciones ionizantes con la siguiente escala de puntuación: 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si >=5 objetivos y entre ellos se encuentran identificación de prácticas innecesarias (20%), y uso seguro de radiaciones ionizantes (20%) 2) Objetivos por servicios o unidades. Alcanzado al 100% si >80% de servicios al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas), con la siguiente escala de puntuación: 100% si >80% servicios; 80% si entre 70-80% servicios; 50% si entre 50-70% servicios; 0% si menor 50% servicios 3) Rondas de seguridad: Alcanzado al 100% si rondas documentadas en actas o similar y evaluadas, con la siguiente escala de puntuación: 25% por cada una de las rondas, hasta llegar al 100% si >=4 rondas y entre ellas se encuentran urgencias (25%), UCI (50%) y bloque quirúrgico (25%). En el caso de hospitales de apoyo 33% cada ronda siendo obligatoria bloque quirúrgico. En hospitales de ME/PSQ, 33% cada ronda Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
OBJETIVO 2.- IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
	Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras (Proyectos "Zero", higiene de manos, listado de verificación quirúrgica e identificación de pacientes)
	(% cumplimiento de proyectos "zero"+ % cumplimiento higiene de manos+% cumplimiento LVQ + % cumplimiento pulseras identificativas)/4
	100%
	Este indicador incluye la implantación de 4 prácticas seguras para mejorar la seguridad de los pacientes en el hospital: 1) Proyectos Zero incluyen reducción de infecciones (neumonía asociada a ventilación mecánica y bacteriemias relacionadas con catéter venoso central) y multirresistencias en UCI. De aplicación en las UCI de adultos. Dato global del hospital. Se considerará cumplimentación adecuada de registro ENVIN si completo los meses de abril, mayo y junio y registro de ENVIN simplificado para bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacterias multirresistentes el resto del año 2) Higiene de manos: Realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS y desarrollo de al menos 2 planes de acción que aborden las áreas de mejora detectadas, estando relacionado uno de ellos con la evaluación del cumplimiento de higiene de manos 3) Listado de verificación quirúrgica (LVQ). Al menos 90% de Utilización calculado como N° de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica/N° total de intervenciones quirúrgicas programadas*100. A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas 4) Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en urgencias calculado como N° de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias/ N° total de pacientes estudiados en el Servicio de Urgencias*100. Fuentes: ENVIN HELICS. Informes propios del centro
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	1. Neumonía y Bacteriemia Zero: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: • 100% Si cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días • 80% Si no se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días • 60% Si no se cumplen dos de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días • 40% Si solo se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días 2). Higiene de manos: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si autoevaluación OMS y puesta en marcha de >= 2 planes de mejora, uno de ellos sobre evaluación de cumplimiento de higiene de manos. 50% Si autoevaluación y puesta en marcha de al menos 1 plan de mejora. 25% Si autoevaluación OMS y no puesta en marcha de planes de mejora. 3). LVQ: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si >90% intervenciones con LVQ. Entre 65-89% cálculo lineal del % de cumplimiento. Si <65%: 0% de cumplimiento. Alternativa. • 80% Si >80% intervenciones con LVQ • 60% Si > 70% intervenciones con LVQ • 40% Si > 60% intervenciones con LVQ • 20% Si > 50% intervenciones con LVQ 4. Pulseras identificativas: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación:

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

<ul style="list-style-type: none"> • 100% Si >90% intervenciones con PI. • 80% Si >80% intervenciones con PI • 60% Si > 70% intervenciones con PI • 40% Si > 60% intervenciones con PI • 20% Si > 50% intervenciones con PI. <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>

OBJETIVO 3.- REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN
Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados
Responsable nombrado (20%=Si, 0%=No)+ Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial(Ver % apartado de cálculo cumplimiento/ponderación)
100%
El Hospital deberá realizar las siguientes actuaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con un responsable del proyecto Observatorio de Resultados. 2. Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados del Observatorio. 3. Además, si en el apartado de efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan los obtenidos en su grupo, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer, en su caso, acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). De forma específica, en la revisión de los resultados de los indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria se contará con la participación de M. Preventiva
El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración: 100% Si se ha designado por el hospital a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial (En este formato se incluyen los posibles incumplimientos y, en este caso, las correspondientes acciones de mejora). 80% No se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial. 60% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial al no incluir a todos los profesionales implicados. 40% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial al no incluir a todos los indicadores susceptibles de mejora. 20% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial. Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora

OBJETIVO 4.-MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA
Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida (Índice de satisfacción global, Acciones de mejora encuesta y Líneas de Comité de Calidad Percibida)
(% cumplimiento de ISG*0,6)+ (% cumplimiento acciones de mejora*0,2)+(% cumplimiento líneas CCP*0,2)y3
100%
Este indicador incluye tres actuaciones de mejora de calidad percibida: 1.- Índice de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida (ISG) en los segmentos de hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias. 2.- Acciones de mejora derivadas de la encuesta de satisfacción. 3.- Líneas actuación del Comité de Calidad Percibida Fuente: Encuesta de satisfacción 2016 SERMAS. Informe del centro de de acciones de mejora en formato preestablecido con la descripción de las actividades, cronograma e indicadores.
El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración: 1. Índice de satisfacción global: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si >90% o media grupo. • 80% Si >85% • 60% Si > 80% • 40% Si > 75% • 20% Si > 70% 2. Acciones de mejora de la encuesta. Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si implantadas el número de acciones establecidas por segmento (Grupos 1,2 y 3: 5 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 3; Psq: 2). • 80% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 2; Psq: 1 • 60% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 no siendo al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 1; • 40% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3 • 20% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3 3. Líneas de actuación del comité de calidad percibida: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas: <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; y 3 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 80% Si se han desarrollado al menos 3 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 60% Si se han desarrollado al menos 3 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 40% Si se han desarrollado al menos 2 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo
 • 20% Si si se han desarrollado al menos 2 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; y 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo
 Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 5.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE CALIDAD

**Indicador sintético de gestión de calidad
(Modelo EFQM y Gestión ambiental)**

(% cumplimiento de consolidación Modelo EFQM)+ (% cumplimiento desarrollo actuaciones de gestión ambiental)/2

100%

Este indicador incluye dos apartados:

Modelo EFQM: Planes de acción de las áreas priorizadas en la autoevaluación.

Gestión ambiental: Desarrollar actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental (en hospitales no certificados avanzar de fase y en certificados desarrollando al menos un plan de acción según los resultados de la evaluación del desempeño ambiental, objetivos y metas del año 2015) y Monitorizar los indicadores de acuerdo a la formulación y fuentes de información consensuados desde la Subdirección de Calidad.

Fuentes: Informes del centro

El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:

1. Planes de mejora modelo EFQM:

- 100% Si realizado al menos 3 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido
- 80% Si realizado al menos 2 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido
- 60% Si realizado al menos 1 plan de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido

2. Gestión ambiental:

- 100% Si monitorización de indicadores de gestión ambiental y se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados y si al menos se documenta un plan de acción en hospitales certificados
- 80% Si se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados y si al menos se documenta un plan de acción en hospitales certificados
- 60% Si monitorización de indicadores de gestión ambiental y no se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados o no se documenta un plan de acción en hospitales certificados

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

OBJETIVO 6.-OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

Indicador sintético de mejora de la atención al dolor

(Escala de valoración del dolor y líneas de actuación Comité de Atención al dolor)

(% cumplimiento implantación escalas valoración dolor)+ (% cumplimiento desarrollo líneas actuación Comités Atención al Dolor)/2

100%

Este indicador incluye dos apartados:

1. Implantación de escalas de valoración del dolor en servicios/unidades se calcula como N° de servicios clínicos o unidades que tienen implantadas escalas de valoración del dolor/N° de Servicios clínicos.

2. Líneas de actuación comités atención al dolor : contemplar: la atención al dolor agudo y al dolor crónico, (siendo actuación obligada en estas líneas la revisión y actualización en los últimos 3 años de protocolos de atención al dolor.), a la seguridad en el tratamiento del dolor, en coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, (siendo actuación obligada la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura al dolor en los planes de acogida del centro a profesionales) y finalmente línea de coordinación con AP.

El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:

1. Escalas de valoración del dolor:

- 100% Si alcanzado en el 80% de los servicios/unidades
- 80% Si alcanzado en el 70% de los servicios/unidades
- 60% Si alcanzado en el 60% de los servicios/unidades
- 40% Si alcanzado en el 50% de los servicios/unidades

2. Líneas de los comités de atención al dolor:

- 100% Si al menos 5 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 3 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq), de las cuales, al menos, una hace referencia a la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR y la coordinación con AP
- 80% Si al menos 4 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 2 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq), sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR y la coordinación con AP
- 60% Si al menos 3 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 1 línea (hospitales Apoyo, ME y Psq), sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP
- 40% Si al menos 2 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP
- 20% Si al menos 1 línea (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): FARMACIA

Las fichas con información de los indicadores de farmacia se podrán consultar en el "MANUAL DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS-HOSPITALES AÑO 2016"

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

1. INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA

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

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

**Indicadores para el hospital Niño Jesús

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

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

** No incluido en contrato programa de Hospital Santa Cristina

2.- INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA

INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA ≥ 0,7		Ponderación
Indicadores Hospitales Grandes, Medianos I y Medianos II		
Índice Sintético General		
Coste tratamiento por paciente adulto VIH		70,00%
% pacientes adultos tratados y con CV indetectable		24,50%
Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos en DMAE exudativa		4,70%
Coste tratamiento por paciente EM-EXT Y HD PONDERADO		4,12%
Coste tratamiento por paciente Psoriasis		12,77%
Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriásica		3,95%
Coste tratamiento por paciente EII		2,06%
Coste tratamiento por paciente Artritis Reumatoide		7,00%
Coste tratamiento por paciente Espondiloartropatías		6,38%
Indicadores Biosimilares		4,53%
% de Biosimilares (BS)		14,00%
% pacientes NUEVOS en tratamiento con Biológicos Biosimilares*		8,00%
Indicadores de VHC		6,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes mono infectados con Virus Hepatitis C		10,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes coinfectados con Virus Hepatitis C		5,00%
Indicador de Onco-hematología		5,00%
Indicador en Leucemia Mielóide Crónica (LMC)		6,00%
INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA ≥ 0,7		
Indicadores hospitales: Santa Cristina, Cruz Roja, Virgen de la Poveda, Virgen de la Torre, Hospitales de Salud Mental, Hospital Niño Jesús, Hospital Guadarrama, Hospital Fuenfría		
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH) *		Ponderación VER TABLA POR HOSPITAL
Coste/Estancia *		
Ratio adquisiciones contables/adquisiciones PVL IVA *		
% EFG adquisición directa*		
Coste medio paciente hormona crecimiento niños**		

Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III); * Santa Cristina, Cruz Roja, Virgen de la Poveda, Virgen de la Torre, Hospitales de Salud Mental, Hospital Niño Jesús, Hospital Guadarrama; Hospital Fuenfría; **Hospital Niño Jesús

	Medio y Larga Estancia o Apoyo	Salud Mental
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	31,25%	
Coste/Estancia		66,67%
Ratio adquisiciones contables/adq. PVLiva	37,50%	16,67%
% EFG adquisición directa	31,25%	16,67%

	H. Niño Jesús
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	20,00%
Ratio adquisiciones contables/adquisiciones PVL IVA	40,00%
Coste medio paciente hormona crecimiento niños	40,00%