# CONTRATO DE GESTIÓN 2016

## GERENCIA DE ATENCION HOSPITALARIA
## HOSPITAL UNIVERSITARIO
## INFANTA CRISTINA

# INTRODUCIÓN:

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.*
- ✓ *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.*

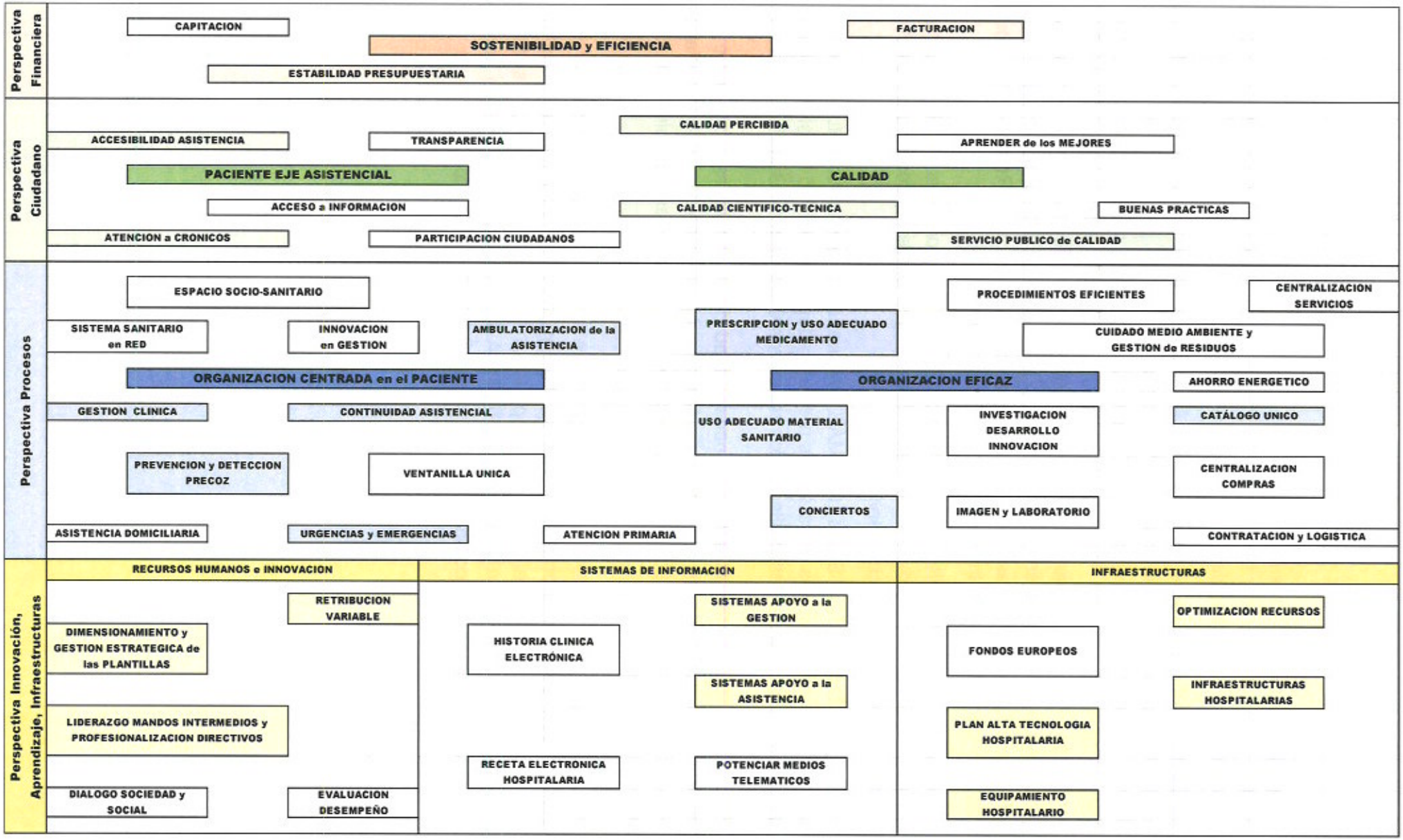
El Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, modificado por el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, en el artículo 1 establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, 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 INFANTA CRISTINA se compromete a que se concreten según las obligaciones recogidas en el siguiente Contrato de Gestión.


Perspectiva Financiera
CAPITACION
SOSTENIBILIDAD y EFICIENCIA
FACTURACION
ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA
Perspectiva Ciudadano
CALIDAD PERCIBIDA
ACCESIBILIDAD ASISTENCIA
TRANSPARENCIA
APRENDER de los MEJORES
PACIENTE EJE ASISTENCIAL
CALIDAD
ACCESO a INFORMACION
CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA
BUENAS PRACTICAS
ATENCION a CRONICOS
PARTICIPACION CIUDADANOS
SERVICIO PUBLICO de CALIDAD
Perspectiva Procesos
ESPACIO SOCIO-SANITARIO
PROCEDIMIENTOS EFICIENTES
CENTRALIZACION SERVICIOS
SISTEMA SANITARIO en RED
INNOVACION en GESTION
AMBULATORIZACION de la ASISTENCIA
PRESCRIPCION y USO ADECUADO MEDICAMENTO
CUIDADO MEDIO AMBIENTE y GESTION de RESIDUOS
ORGANIZACION CENTRADA en el PACIENTE
ORGANIZACION EFICAZ
AHORRO ENERGETICO
GESTION CLINICA
CONTINUIDAD ASISTENCIAL
USO ADECUADO MATERIAL SANITARIO
INVESTIGACION DESARROLLO INNOVACION
CATÁLOGO UNICO
PREVENCION y DETECCION PRECOZ
VENTANILLA UNICA
CENTRALIZACION COMPRAS
CONCIERTOS
IMAGEN y LABORATORIO
ASISTENCIA DOMICILIARIA
URGENCIAS y EMERGENCIAS
ATENCION PRIMARIA
CONTRATACION y LOGISTICA
Perspectiva Innovación, Aprendizaje, Infraestructuras
RECURSOS HUMANOS e INNOVACION
SISTEMAS DE INFORMACION
INFRAESTRUCTURAS
RETRIBUCION VARIABLE
SISTEMAS APOYO a la GESTION
OPTIMIZACION RECURSOS
DIMENSIONAMIENTO y GESTION ESTRATEGICA de las PLANTILLAS
HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA
FONDOS EUROPEOS
SISTEMAS APOYO a la ASISTENCIA
INFRAESTRUCTURAS HOSPITALARIAS
LIDERAZGO MANDOS INTERMEDIOS y PROFESIONALIZACION DIRECTIVOS
PLAN ALTA TECNOLOGIA HOSPITALARIA
RECETA ELECTRONICA HOSPITALARIA
POTENCIAR MEDIOS TELEMATICOS
DIALOGO SOCIEDAD y SOCIAL
EVALUACION DESEMPEÑO
EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO

## ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

La Gerencia del HOSPITAL INFANTA CRISTINA 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 161.051 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)** | **161.051** |

**Distribución población TSI según tramos etarios**

| 0-2 años | 3-15 años | 16-64 años | 65-79 años | >80 años |
|---|---|---|---|---|
| 5.975 | 29.089 | 109.540 | 12.427 | 4.020 |

**Distribución población TSI según cribado**

| | 50-69 años |
|---|---|
| Ca. Mama | 16.230 |

| | 25-69 años |
|---|---|
| Ca. cérvix | 48.490 |

| | 50-69 años |
|---|---|
| Ca. Colón | 32.120 |

## Para ello cuenta con la siguiente Organización y Estructura:

| | CATEGORÍA | Nº* |
|---|---|---|
| EQUIPO DIRECTIVO | DIRECTOR GERENTE AS. HOS. CAT. 2 | 1 |
| | DIRECTOR MEDICO AS. HOS. CAT. 2 | 1 |
| | DIRECTOR GESTION / DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS CAT. 2 | 2 |
| | DIRECTOR ENFERMERIA AS. HOS. CAT. 2 | 1 |

| | CATEGORÍA | Nº* |
|---|---|---|
| MANDOS INTERMEDIOS | COORDINADOR DE URGENCIAS | 1 |
| | JEFE DE UNIDAD DE ADMISION | 1 |
| | JEFE DE SERVICIO | 6 |
| | JEFE DE SECCION | 18 |
| | SUPERVISORES/AS DE AREA FUNCIONAL | 2 |
| | SUPERVISORES/AS DE UNIDAD | 12 |
| | JEFE SERVICIO NS | 2 |
| | JEFE SECCION NS | 5 |

*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 | 194 | |
| MATRONAS | 20 | |
| ENFERMERAS | 279 | |
| FISIOTERAPEUTAS | 12 | |
| TECNICOS SUPERIORES ESPECIALISTAS | 7 | |
| TMSCAE | 223 | |
| OTRO PERSONAL SANITARIO | 13 | |
| TOTAL PERSONAL SANITARIO | **748** | |
| AUXILIARES ADMINISTRATIVOS | 11 | |
| CELADORES | 0 | |
| PINCHES | 0 | |
| OTRO PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS | 15 | |
| TOTAL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS | **26** | |
| **TOTAL EFECTIVOS** | **774** | |

*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 | PUEBAS DIAG. Y TER. | HOSPITAL DE DIA | CIRUGIA CON INGRESO | CIRUGIA AMBULATORIA | ATENCIÓN CONTINUADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA | SI | | | | | | | | | |
| ALERGOLOGÍA | SI | | SI | | SI | | SI | | | |
| ANÁLISIS CLÍNICOS | SI | | | | | SI | | | | |
| 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 | | | | | 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 | SI | |
| ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICIÓN | SI | | SI | | SI | | SI | | | |
| FARMACIA HOSPITALARIA | SI | | | | SI | | | | | |
| FARMACOLOGÍA CLINICA | | | | | | | | | | |
| GERIATRÍA | SI | | SI | | SI | | | | | |
| HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPÍA | SI | | SI | | SI | SI | SI | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | SI | | | | |
| MEDICINA DEL TRABAJO | SI | | | | | | | | | |
| MEDICINA INTENSIVA | SI | | | SI | | | | | | F |
| MEDICINA INTERNA | SI | | SI | | SI | | SI | | | F |
| MEDICINA NUCLEAR | | | | | | | | | | |
| MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA | SI | | | | | | | | | |
| MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA | | | | | | SI | | | | |
| NEFROLOGÍA | SI | | SI | | SI | | SI | | | F |
| NEUMOLOGÍA | SI | | SI | | SI | SI | SI | | | |
| NEUROCIRUGÍA | | | | | | | | | | |
| NEUROFISIOLOGÍA CLINICA | SI | | | | | SI | | | | |
| NEUROLOGÍA | SI | | SI | | SI | SI | SI | | | |
| OBSTETRICÍA Y GINECOLOGÍA | SI | | SI | | SI | SI | SI | SI | SI | F |
| OFTALMOLOGÍA | SI | | SI | | SI | SI | SI | SI | SI | |
| ONCOLOGÍA MÉDICA | SI | | SI | | SI | | SI | | | |
| ONCOLOGÍA RADIOTRERÁPICA | | | | | | | | | | |
| OTORRINOLARINGOLOGÍA | SI | | SI | | SI | SI | SI | SI | SI | L |
| PEDIATRIA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS | SI | SI | SI | SI | SI | | SI | | | F |
| PSICOLOGÍA CLÍNICA | SI | SI | | | SI | | | | | |
| PSIQUIATRÍA | SI | SI | SI | | SI | | SI | | | F |
| RADIODIAGNÓSTICO | SI | | | | | SI | | | | F |
| RADIOFÍSICA | | | | | | | | | | |
| REHABILITACIÓN | SI | | SI | | SI | | SI | | | |
| REUMATOLOGIA | SI | | 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 | L |

*No se incluye la Atención Continuada de Trasplantes

## ESTRUCTURA DE ATENCION HOSPITALARIA

| Descripción Estructura/Equipamiento | Número |
|---|---|
| Camas funcionantes | 175 |
| Total Nº quirófanos | 9 |
| Nº paritorios | 8 |
| Nº locales de Consulta Hospital | 64 |
| Nº locales de Consulta CEP | 8 |
| Total Nº puestos hemodiálisis hospital | 16 |
| Nº puestos Hospital de Día Onco-hematológico | 12 |
| Nº puestos Hospital de Día SIDA | 0 |
| Nº puestos Hospital de Día Geriátrico | 0 |
| Nº puestos Hospital de Día Psiquiátrico | 0 |
| Nº puestos Hospital de Día Otros Médicos | 12 |
| Nº puestos Hospital de Día Quirúrgicos | 17 |
| Nº Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico | 4 |
| Nº Ecógrafos Servicio de Cardiología | 0 |
| Nº Ecógrafos Otros servicios del hospital | 17 |
| Nº Mamógrafos digitales | 1 |
| Nº Angiografos digitales Radiodiagnóstico | 0 |
| Nº Resonancia Magnética | 1 |
| Nº Tomografía Computarizada helicoidal | 1 |
| Nº Salas Convencionales Radiodiagnóstico | 4 |
| Nº Telemandos Radiodiagnóstico | 1 |
| Nº Arco multifuncional Radiodiagnóstico | 3 |
| Nº Equipos Radioquirúrgicos | 0 |
| Nº Litotrictores | 0 |
| Nº Salas Hemodinámica | 0 |
| Nº Gammacamaras | 0 |
| Nº Aceleradores Lineales | 0 |
| Nº Planificadores | 0 |
| Nº Simuladores | 0 |
| Densitómetros | 0 |
| Ortopantomógrafos | 0 |
| Quirófanos Instalados Hospital | 9 |
| Quirófanos Instalados CEP | 0 |
| Puestos Hemodiálisis No Infecciosos | 16 |
| Puestos Hemodiálisis Infecciosos | 0 |
| P.E.T. | 0 |
| Ecocardiógrafos | 2 |
| Equipos Ergometría | 1 |
| Holter Electrocardiograma | 8 |
| Holter Tensión | 6 |
| Salas Endoscopias | 3 |
| Gastroscopio / Esofagoscopios | 1 |
| Colonoscopios / Rectoscopios | 2 |
| Polisomnógrafos | 0 |
| Electroencefalógrafos | 0 |
| Vídeo EEG | 1 |
| Electromiógrafos | 1 |
| Equipos Potenciales Evocados | 1 |

# 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
- BILIRRUBINA TOTAL
- BILIRRUBINA CONJUGADA (DIRECTA)
- BILIRRUBINA 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
- INDICE 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 NEUMOCOCO
- 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 |
|---|---|---|
| ECOGRAFÍA | 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 | 7,04 | |
| ELECTROMIOGRAFÍA | 9,55 | |
| POLIGRAFÍA | | |
| POTENCIALES EVOCADOS | 1,09 | |
| ECOCARDIOGRAFÍA | 29,86 | |
| HOLTER ECG | 10,69 | |
| ERGOMETRÍA | 7,95 | |
| PET | | |
| GAMMAGRAFÍA | | |
| LITOTRICIA | | |
| DENSITOMETRIA | 12,82 | 1,62 |
| FRECUENTACIÓN GLOBAL | 1.192,63 | |

## Tasa Derivaciones de Consultas Externas:

| ESPECIALIDAD | TASA DERIVACIÓN TOTAL 1.000TSI | TASA DERIVACIÓN Atención Primaria 1.000TSI |
|---|---|---|
| ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR | | |
| ALERGOLOGÍA | 17,69 | 11,71 |
| 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 | 20,31 | 8,04 |
| GERIATRIA | 12,97 | |
| HEMATOLOGÍA | 7,16 | ** |
| MEDICINA INTERNA | 10,59 | 5,25 |
| NEFROLOGÍA | 4,79 | 2,17 |
| NEUMOLOGÍA | 14,02 | 7,61 |
| NEUROLOGÍA | 32,73 | 17,20 |
| NEUROCIRUGÍA | | |
| GINECOLOGÍA | 100,09 | 80,23 |
| OBSTETRICIA | 37,22 | 29,87 |
| OFTALMOLOGÍA | 62,28 | 48,36 |
| ONCOLOGÍA MÉDICA | 2,81 | ** |
| 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<br>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 | |
| DERMATOLOGIA | 4,35 |
| GINECOLOGÍA | 8,18 |
| NEUROCIRUGIA | |
| OFTALMOLOGÍA | 16,83 |
| OTORRINOLARINGOLOGÍA | 4,60 |
| CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA | 11,15 |
| UROLOGÍA | 6,34 |
| TOTAL | 49,06 |

## Frecuentaciones laboratorio

| ESPECIALIDAD | Determinaciones<br>FRECUENTACIÓN TOTAL 1.000TSI |
|---|---|
| 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 delos 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.

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:** | **36.853.841,00 €** |
| **Formación** | **579.879,70 €** |
| **CAPÍTULO II:** | **34.268.126,46 €** |
| **Facturación Terceros** | **520.881,00 €** |

**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 | | |
| [2]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 |
| | | Indicador sintético de mejora de la atención al dolor | 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 |
| | | % Pacientes intervenidos de **fractura de cadera** antes de las 48 horas del ingreso urgente | >90% | 8 |
| | 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***

## PERSPECTIVA PROCESOS

| PERSPECTIVA PROCESOS | VALORACIÓN | | 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 | >80,70,60% | 9 |
| | | % Valoración previa especialista **VPE** citas >15 días | 95% | 5 |
| | | Valoración previa **sospecha malignidad** <10 días | 100% | 5 |
| | AH | MEJORA PRESCRIPCION 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 |

[3]***Objetivo 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 | VALORACIÓN | | 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 |
| INFORMACION GESTION ECONOMICA E INFRAESTRUCURAS | 25 | Enviar Datos de **Seguimiento** en tiempo y forma | 100% | 15 |
| | | Participación en **Proyectos** Corporativos | 100% | 10 |
| INFORMACION RECURSOS HUMANOS | 25 | Base de datos mensual de **Efectivos** en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes | 100% | 7 |
| | | 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 |
| AUDITORIAS CLÍNICAS | 25 | Cumplimentación **Informes de Alta** según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre | 98% | 15 |
| | | Cumplimentación **Informes de Cuidados de Enfermería al Alta** según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre | 98% | 10 |

Reunidos D. César Pascual Fernández Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de y D. Carlos Mingo Rodriguez Director Gerente del Hospital Infanta Cristina, 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

Fdo.: Cesar Pascual Fernández

Director Gerente del Hospital Infanta Cristina

Fdo.: Carlos Mingo Rodriguez

# INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): CALIDAD

| OBJETIVO 1.- DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN LA ORGANIZACIÓN | |
|---|---|
| INDICADOR | **Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización (Objetivos de seguridad del centro, unidades/servicios y rondas de seguridad)** |
| FÓRMULA: | (% cumplimiento objetivos de seguridad del centro+ % cumplimiento objetivos por servicios+% cumplimiento rondas de seguridad)/3 |
| META: | 100% |
| ACLARACIONES: | Este indicador incluye 3 actuaciones para facilitar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 en la organización:<br>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**<br>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**.<br>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).<br>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<br>Fuentes: Informes del centro. Listado de responsables. |
| CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACION | 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%)<br>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<br>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<br>*Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.* |

| OBJETIVO 2.- IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS | |
|---|---|
| INDICADOR | **Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras (Proyectos "Zero", higiene de manos, listado de verificación quirúrgica e identificación de pacientes)** |
| FÓRMULA: | (% cumplimiento de proyectos "zero"+ % cumplimiento higiene de manos+% cumplimiento LVQ + % cumplimiento pulseras identificativas)/4 |
| META: | 100% |
| ACLARACIONES: | Este indicador incluye la implantación de 4 prácticas seguras para mejorar la seguridad de los pacientes en el hospital:<br>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<br>**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<br>**3) Listado de verificación quirúrgica** (LVQ). **Al menos 90%** de Utilización calculado como **Nº** de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica/**Nº** total de intervenciones quirúrgicas programadas*100. A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas<br>4) Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en urgencias calculado como **Nº** de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias/ **Nº** total de pacientes estudiados en el Servicio de Urgencias*100.<br>Fuentes: ENVIN HELICS. Informes propios del centro |
| CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN | 1. Neumonía y Bacteriemia Zero: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación:<br>• 100% Si cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días<br>• 80% Si no se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días<br>• 60% Si no se cumplen dos de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días<br>• 40% Si solo se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días<br>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.<br>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:<br>• 80% Si>80% intervenciones con LVQ<br>• 60% Si > 70% intervenciones con LVQ<br>• 40% Si > 60% intervenciones con LVQ<br>• 20% Si > 50% intervenciones con LVQ<br>4. Pulseras identificativas: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: |

| | |
|---|---|
| | • 100% Si >90% intervenciones con PI.<br>• 80% Si >80% intervenciones con PI<br>• 60% Si > 70% intervenciones con PI<br>• 40% Si > 60% intervenciones con PI<br>• 20% Si > 50% intervenciones con PI.<br>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora |

| OBJETIVO 3.- REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN | |
|---|---|
| INDICADOR: | **Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados** |
| FÓRMULA: | Responsable nombrado (20%=Si, 0%=No)+ Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial(Ver % apartado de cálculo cumplimiento/ponderación) |
| META: | 100% |
| ACLARACIONES: | El Hospital deberá realizar las siguientes actuaciones:<br>1. Contar con **un responsable del proyecto** Observatorio de Resultados.<br>2. **Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados** del Observatorio.<br>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** |
| CALCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACION | El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:<br>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).<br>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.<br>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.<br>• 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.<br>• 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.<br>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora |

| OBJETIVO 4.-MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA | |
|---|---|
| INDICADOR: | Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida<br>(Índice de satisfacción global, Acciones de mejora encuesta y Líneas de Comité de Calidad Percibida) |
| FÓRMULA: | (% cumplimiento de ISG*0,6)+ (% cumplimiento acciones de mejora*0,2)+( % cumplimiento líneas CCP*0,2)/3 |
| META: | 100% |
| ACLARACIONES: | Este indicador incluye tres actuaciones de mejora de calidad percibida:<br>1.- Índice de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida (ISG) en los segmentos de hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias.<br>2.- Acciones de mejora derivadas de la encuesta de satisfacción.<br>3.- Líneas actuación del Comité de Calidad Percibida<br>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. |
| CALCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACION | El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:<br>1. Índice de satisfacción global: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación:<br>• 100% Si >90% o media grupo.<br>• 80% Si >85%<br>• 60% Si > 80%<br>• 40% Si > 75%<br>• 20% Si > 70%<br>2. Acciones de mejora de la encuesta: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas :<br>• 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).<br>• 80% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 2; Psq: 1<br>• 60% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 no siendo al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 1;<br>• 40% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3<br>• 20% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3<br>3. Líneas de actuación del comité de calidad percibida: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas:<br>• 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<br>• 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<br>• 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<br>• 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 |

| | |
|---|---|
| | una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo<br>• 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<br>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora. |

| OBJETIVO 5.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE CALIDAD | |
|---|---|
| INDICADOR | **Indicador sintético de gestión de calidad (Modelo EFQM y Gestión ambiental)** |
| FÓRMULA: | (% cumplimiento de consolidación Modelo EFQM)+ (% cumplimiento desarrollo actuaciones de gestión ambiental)/2 |
| META: | 100% |
| ACLARACIONES: | Este indicador incluye dos apartados:<br>Modelo EFQM: Planes de acción de las áreas priorizadas en la autoevaluación.<br>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.<br>Fuentes: Informes del centro |
| CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN: | El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:<br>1. Planes de mejora modelo EFQM:<br>• 100% Si realizado al menos 3 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido<br>• 80% Si realizado al menos 2 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido<br>• 60% Si realizado al menos 1 plan de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido<br>2. Gestión ambiental:<br>• 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<br>• 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<br>• 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<br>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |

| OBJETIVO 6.-OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR | |
|---|---|
| INDICADOR | **Indicador sintético de mejora de la atención al dolor (Escalas de valoración del dolor y líneas de actuación Comité de Atención al dolor)** |
| FÓRMULA: | (% cumplimiento implantación escalas valoración dolor)+ (% cumplimiento desarrollo líneas actuación Comités Atención al Dolor)/2 |
| META: | 100% |
| ACLARACIONES: | Este indicador incluye dos apartados:<br>1. Implantación de escalas de valoración del dolor en servicios/unidades se calcula como Nº de servicios clínicos o unidades que tienen implantadas escalas de valoración del dolor/Nº de Servicios clínicos.<br>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 linea de coordinación con AP. |
| CÁLCULO CUMPLIMIENTO/ PONDERACIÓN | El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:<br>1. Escalas de valoración del dolor:<br>• 100% Si alcanzado en el 80% de los servicios/unidades<br>• 80% Si alcanzado en el 70% de los servicios/unidades<br>• 60% Si alcanzado en el 60% de los servicios/unidades<br>• 40% Si alcanzado en el 50% de los servicios/unidades<br>2. Líneas de los comités de atención al dolor:<br>• 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<br>• 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<br>• 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<br>• 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<br>• 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<br>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora |

# 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/atematica/areafarmacia/Paginas/DatosdelaPrestacionFarmaceutica-Indicadores.aspx )*

## 1. INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA

| Indicadores de pediatria** | | Evaluación de la mejora del indicador* | INDICADORPEDIATRIA (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 | INDICADORADULTOS (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 SINTETICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA ≥ 0,7<br>Indicadores Hospitales Grandes, Medianos I y Medianos II | Ponderación |
|---|---|
| **Índice Sintético General** | **70,00%** |
| Coste tratamiento por paciente adulto VIH | 24,50% |
| % pacientes adultos tratados y con CV indetectable | 4,70% |
| Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos en DMAE exudativa | 4,12% |
| Coste tratamiento por paciente EM-EXT Y HD PONDERADO | 12,77% |
| Coste tratamiento por paciente Psoriasis | 3,95% |
| Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriásica | 2,06% |
| Coste tratamiento por paciente EII | 7,00% |
| Coste tratamiento por paciente Artritis Reumatoide | 6,38% |
| Coste tratamiento por paciente Espondiloartropatías | 4,53% |
| **Indicadores Biosimilares** | **14,00%** |
| % de Biosimilares (BS) | 8,00% |
| % pacientes NUEVOS en tratamiento con Biológicos Biosimilares* | 6,00% |
| **Indicadores de VHC** | **10,00%** |
| Tratamiento más eficiente en pacientes monoinfectados con Virus Hepatitis C | 5,00% |
| Tratamiento más eficiente en pacientes coinfectados con Virus Hepatitis C | 5,00% |
| **Indicador de Onco-hematología** | **6,00%** |
| Indicador en Leucemia Mieloide Crónica (LMC) | 6,00% |

| INDICADOR SINTETICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA ≥ 0,7<br>**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 | Ponderación |
|---|---|
| Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH) * | 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

| | *Media y Larga Estancia ó 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% |