

REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ-UTE

REUNIÓN DE 4 DE MARZO DE 2013

Acta nº 2

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

D^a Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D. Jesús Vidart Anchia.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
D^a Zaida Sampedro Préstamo.- Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
D^a Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente.
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria.
D^a Jorge Tapia Sáez.- Delegado de la Administración en la Fundación Jiménez Díaz.
D^a Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.

Por Capio-Fundación Jiménez Díaz:

D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de CAPIO-Madrid y Gerente de la Fundación Jiménez Díaz.
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial.
D. Carlos Cenjor Español.- Director Médico Fundación Jiménez Díaz
D^a Ana Posada Pérez.- Directora Económica.

Secretaría: D^a Yolanda Aguilar Olivares.- Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

En Madrid, a las 10,30 horas del día 4 de marzo de 2013, en la sala de reuniones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, sita en la Plaza de Carlos Trias Bertrán, 7, 7^a planta, se reúnen las personas señaladas al margen como componentes de la Comisión Mixta, prevista en la cláusula 10.3 incluida en la cláusula adicional sexta al convenio singular marco suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz-UTE, suscrita el 26 de abril de 2012, debidamente convocados al efecto.

Pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

Primero.- Lectura y aprobación, si procede, del acta de la reunión celebrada el 27 de junio de 2012.- Se aprueba el acta por acuerdo de los asistentes.

Segundo.- Balance de actividad y evolución de la población protegida. La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria analiza el balance de actividad del año 2012.

La Subdirectora de Análisis de Costes indica que en el concierto anterior existía una población que se atendía por parte de la FJD pero que no eran de su población de referencia, sino que se atendían con el criterio asimilado de atención a la población como ámbito sustitutorio y la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria señala que deben aplicarse las reglas generales y siempre respetando el criterio general de libre elección que tiene el paciente y regularizar esta situación en la Cláusula Adicional 2013.

Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado datos personales en aplicación de la normativa vigente.

Tercero.- Objetivos 2013. La Directora General de Atención al Paciente expone los objetivos para el año 2013. Tras felicitar a los representantes de la FJD por los resultados de la encuesta de satisfacción, hace entrega para la firma al gerente del hospital del documento de objetivos 2013, que se adjunta como **anexo 1 al acta**.

Cuarto.- Resultados de indicadores de seguridad, calidad y disponibilidad 2012. La Directora General de Atención al Paciente, informa que a partir de este ejercicio 2013, la Fundación Jiménez Díaz debe de aportar un Plan de Actuación, sobre las medidas previstas relativas a las desviaciones en los indicadores, con especial incidencia en la infección de la cirugía de cadera.

Quinto.- Compensación económica por uso de los edificios de Pontones y Quintana. El Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, señala que se procederá a descontar el canon cuya cuantía ya ha sido fijada por la Dirección General de Patrimonio. Se procederá a descontar 2011 y 2012.

Sexto: Ruegos y preguntas.

El Director de Continuidad Asistencia, hace mención a la excelente coordinación entre el Servicio Madrileño de Salud y el Grupo Capiro, en lo que se refiere al traslado de los Centros de Especialidades de Pontones y Arganzuela.

Y no habiendo más asunto que tratar, se levanta la sesión a las 11,30 horas, lo que como Secretaria certifico.

LA SECRETARIA



Yolanda Aguilar Olivares



**VºBº
LA PRESIDENTA**



Patricia Flores Cerdán



Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado datos personales en aplicación de la normativa vigente.

Servicio Madrileño de Salud

OBJETIVOS

Año 2013

Hospital Fundación Jiménez Díaz

INTRODUCCION

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Para hacer efectivas estas funciones a nivel de sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2013, de acuerdo con los siguientes principios generales:

1. Asegurar la estabilidad financiera.
2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.
3. Garantizar la libre elección
4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.
5. Impulsar el despliegue de sistemas y tecnologías de la información.

Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, siendo de obligado cumplimiento, conjuntamente con los compromisos contractuales del centro.

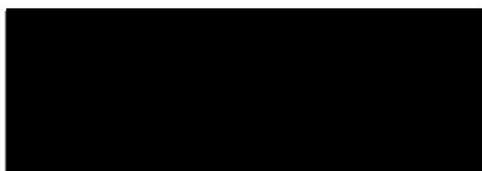
A continuación se especifican los objetivos 2013 establecidos para el hospital y referidos al conjunto del Servicio Madrileño de Salud: indicadores de seguridad y calidad, farmacia, continuidad asistencial, lista de espera, atención al paciente y sistemas de información, que deberán conseguir con la explicación de sus metas, fórmulas de cálculo, aclaraciones y criterios de cumplimiento(Anexo).

El hospital se compromete a cumplir estos objetivos, a lo largo del año 2013, así como a facilitar la información necesaria para su evaluación.

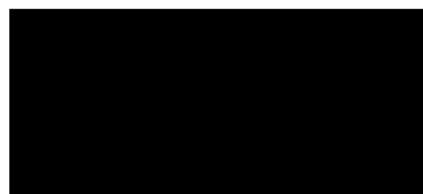
En Madrid a 4 de marzo de 2013.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria

El Director/a Gerente



Fdo. Patricia Flores Cerdán



Fdo. Juan Antonio Alvaro de la Parra

Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado datos personales en aplicación de la normativa vigente.

Servicio Madrileño de Salud

Año 2013

Anexo

Descripción indicadores

Hospital Fundación Jiménez Díaz

OBJETIVOS 2013 HOSPITAL JIMÉNEZ DÍAZ

Anexo Descripción de Indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
-----------	---------	------	--------------	--------------

1) INDICADORES DE SEGURIDAD Y CALIDAD

1.1.- Seguridad del paciente

<p>Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro</p>	<p>Nº de objetivos establecidos</p>	<p>Al menos 5</p>	<p>Al menos uno sobre Seguridad en el área de urgencias y otro sobre Conciliación de la medicación. En el resto se podrá abordar: Identificación mediante pulseras; Listado de verificación del parto (en los hospitales con maternidad su valoración sí es obligatoria), coordinación interniveles, otros. En el supuesto de no incluir el LV del Parto se deberá al menos haber valorado y justificar la razón de su no inclusión.</p>	<p>Alcanzado si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo obligatorios urgencias y conciliación, junto con al menos la valoración del LV del Parto, y también línea de promover participación de pacientes si no se cumplió en 2012. Fuente: Informe UFGR. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i></p>
<p>Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades.</p>	<p>Nº de servicios clínicos con responsables de SP/ Nº total de servicios clínicos</p>	<p>90% Servicios clínicos</p>	<p>De acuerdo a la Estrategia de seguridad del paciente, para promover la participación e implicación de los profesionales. Se consideraran servicios prioritarios los servicios clínicos</p>	<p>Alcanzado si se han implantado en 90% servicios clínicos (siendo obligatorios los prioritizados en 2012) y Farmacia (este último también prioritario en 2012). Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i></p>
<p>Promoción de la seguridad clínica en los servicios</p>	<p>Nº de servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad/Nº total servicios clínicos</p>	<p>>75%</p>	<p>Sesiones de seguridad en cada uno de los servicios clínicos</p>	<p>Alcanzado si >75%. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i></p>
<p>Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".</p>	<p>Nº de reuniones o visitas realizadas</p>	<p>Al menos 4 (1 de ellas en UCI y otra en urgencias)</p>	<p>Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes y/o Directores) y que se realicen de acuerdo al documento de recomendaciones remitido desde la DG. de Atención al Paciente.</p>	<p>Alcanzado si se realizado al menos 4 "rondas" de seguridad, debiendo ser 1 de ellas en UCI y otra en urgencias. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i></p>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en pacientes críticos (UCI)	Densidad de incidencia de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC) y Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)	<=8 NAV y <3 bacteriemias	De aplicación en aquellos hospitales que tengan UCI de adultos	Alcanzado si <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días. Dato global del hospital (incluye todas las unidades que participen). Fuente: ENVIN HELICS. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos	Nº de planes de mejora implantados	Al menos 2 (1 de ellos de formación)	Realización de la autoevaluación con herramienta de OMS y desarrollo de planes de acción que aborden las áreas de mejora detectadas (componentes con puntuación <80).	Alcanzado si se realiza autoevaluación y puesta en marcha de >= 2 planes de mejora, uno de ellos sobre formación de profesionales. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Utilización de la hoja de verificación quirúrgica	Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas*100	>85%	A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas	Alcanzado si >85% intervenciones con check-list. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.	Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras/ Nº total de pacientes estudiados*100	>95%	Se incluirán los que utilicen escalas Norton u otras validadas (Braden o Emina).	Alcanzado si >95%. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Existencia de protocolos de seguridad del paciente (SP) establecidos como prioritarios	Nº protocolos de SP prioritarios disponibles	2	Protocolos de seguridad establecidos como prioritarios.1. Protocolo/normas para asegurar la comprensión de órdenes verbales. 2. Protocolo de profilaxis antibiótica.	Alcanzado si el hospital dispone de los 2 protocolos actualizados (elaborados y/o revisados en 3 últimos años). También los priorizados de dolor y TVP/TEP si no se cumplieron en 2012. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico	Nº protocolos de salud mental prioritarios disponibles	3	Protocolos establecidos como prioritarios 1.- Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adulto. 2.- Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil. 3.- Protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas.	Alcanzado si el hospital dispone de los 3 protocolos. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
	Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria / Total pacientes que han realizado tentativa de suicidio	100%	Numerador: Pacientes citados ARSUIIC en plazo inferior a una semana. Tiempo transcurrido entre la fecha de alta hospitalaria (urgencias, UHB o interconsulta), y la fecha efectiva de citación en el Centro de Salud Mental correspondiente, o consulta específica para pacientes con riesgo suicida. Denominador: Total de pacientes que ha realizado tentativa autolítica	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 70-99% y <70%. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
1.2.- Indicadores de comparación hospitalaria				
Mortalidad	Ratio de mortalidad estandarizada	<=1	Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información	Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Reingresos	Reingresos quirúrgicos (ajustado)	<=1	Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información	Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Complicaciones	Complicaciones médicas y quirúrgicas (ajustado)	<=1	Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información	Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Infección nosocomial	Prevalencia de infección nosocomial (valor puntual con IC 95%)	<=8,2	Fuente: EPINE u otros estudios de prevalencia del centro	Alcanzado si por debajo de la meta grupo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
	Incidencia de ILQ en cirugía de prótesis de cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1	2-2,7	Fuente: VIRAS	Alcanzado si <meta grupo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
	Bacteriemias por <i>Stafilococcus aureus</i> resistente a metililina/100.000 estancias	7 bacteriemias/100000 estancias	En numerador: Cualquier episodio de bacteriemia adquirida en el hospital (1 episodio por paciente), sea cual sea el foco de origen, identificado por Microbiología	Alcanzado si <meta. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
1.3.- Calidad percibida				
Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en los segmentos estudiados	% de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en los segmentos estudiados	>=Media grupo	Segmentos: Hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias	Si >=Media grupo o >90%. Fuente: Encuesta de satisfacción 2013 SERMAS. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2012	Nº de acciones implantadas	Al menos 5	Establecer áreas de mejora, con la participación del Comité de Calidad Percibida y que serán ratificadas por la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si se han implantado al menos 5 acciones. Fuente: informe del centro de los proyectos de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 4 líneas	Una de estas líneas será: Conocer la opinión de pacientes y/o familiares sobre aspectos de la atención sanitaria a través de la realización de técnicas cualitativas grupales. Se darán recomendaciones desde la DG. de Atención al Paciente. En el resto de líneas se podrá abordar: Difusión de las actividades del comité; Formación de profesionales; Colaboración/participación con la comunidad; Mejora de la información a pacientes y familiares y Otras.	Alcanzado si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación, valorando específicamente la línea sobre Conocer la opinión de pacientes con técnicas grupales y también líneas de participación de profesionales de atención primaria y mejora en urgencias si no se cumplieron en 2012. Fuente: Informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</i>
1.4.- Gestión de Calidad				
Realización de la autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM	Informe de autoevaluación	Informe disponible	Planificación y realización de autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM vs 2013, siguiendo pautas de la DG. de Atención al Paciente, en el segundo semestre del año	Alcanzado si informe de autoevaluación disponible o al menos realizada la planificación y fijada la fecha de la autoevaluación con el visto bueno de la Subdirección. Fuente: informe del centro. Si <i>objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental.	Nº de actuaciones realizadas/actuaciones previstas	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre del 2012	Desarrollar actuaciones para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental, de acuerdo al despliegue de las fases contempladas I, II, III y IV en el cuestionario de Revisión Ambiental. En los Hospitales que ya tengan implantada la Gestión Ambiental, desarrollar acciones de mejora y actuaciones dirigidas al desarrollo sostenible.	Alcanzado si avance de fase. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
Monitorización de indicadores de gestión ambiental	Consumo de agua (m3/semestre/estancia) Consumo de electricidad (Kg/semestre/m2)	p25-p75	Se remitirán fichas desde la DG. de Atención al Paciente con la descripción del indicador, fórmula y rango establecido (percentiles 25 y 75 de los valores del Servicio Madrileño Salud)	Alcanzado si dentro del rango establecido. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 4 líneas	Líneas de actuación contempladas en el documento Recomendaciones implantación de Comités del Servicio Madrileño de Salud	Alcanzado si >=4 líneas de actuación. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 5 líneas	Entre estas líneas de actuación al menos contemplar: Evaluación del dolor; Atención al dolor agudo; Atención al dolor crónico.	Alcanzado si >=5 líneas de actuación, 3 de las cuales hacen referencia a evaluación del dolor, atención dolor agudo y atención dolor crónico. Fuente: informe del centro. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

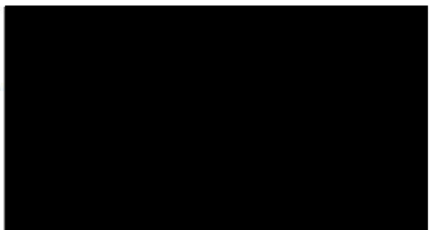
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
2) INDICADORES DE FARMACIA				
Coste del tratamiento por paciente VIH adulto	Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.	≤ 8.200 €	Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.	
% pacientes distintos con Hepatitis C tratados con fármacos IP y grado de fibrosis < 2	Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.		Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.	
Cumplimiento de una selección de indicadores 2013 del manual de farmacia	Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.	Ver cumplimiento	Se incluyen los siguientes indicadores: % Omeprazol; Coste biológicos en artropatías; Coste biológicos en psoriasis; Coste biológicos en EIL. Ver Manual de Indicadores de Farmacia y tarifas del año 2013.	% omeprazol:Artropatías (t. biológica) objetivo anual ≤ 9.600 € objetivo mensual ≤ 800 €; Psoriasis en placa (t. biológica) objetivo anual ≤ 12.050 € objetivo mensual ≤ 1.004 €; Enf Inflammatoria intestinal (t. biológica) objetivo anual ≤ 13.205 € objetivo mensual ≤ 1.100 €

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
3) INDICADORES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL				
Nº especialidades con especialista consultor	Nº de Especialidades con especialista consultor implantado	≥ 25% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor	Deberá constar un Procedimiento escrito, consensuado con AP, en el que conste los canales de comunicación y sistema de evaluación	Se considera alcanzado cuando conste registro ≥ 25% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor
Porcentaje sospecha malignidad (SM) evaluadas	Número de SM remitidas sin cita, que se han evaluado / Número de SM sin cita remitidas *100	100%	Del total de "SM" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital sin cita"	Se considera alcanzado si la cifra es igual al 100%.
Porcentaje valoración previa especialista evaluadas	Número de VPE remitidas con cita de más de 15 días que se han evaluado / Número de VPE con cita de más de 15 días remitidas	≥ 90%	Del total de "VPE" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital con cita en más de 15 días"	Se considera alcanzado si la cifra es igual o superior al 90%.
Existencia de procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros	Sí/No	Sí	Deberá constar un Procedimiento escrito y consensuado con AP.	Alcanzado con registro de documento
Implantación del informe al alta de enfermería y procedimiento de envío	Sí/No	100%	Deberá constar documento donde se especifique el procedimiento de envío.	Ponderación
Constitución del grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia	Sí/No		Incluirá el registro de un mínimos de tres reuniones anuales y al menos un protocolo común en un área de interés a definir por el grupo.	
Conciliación de medicación	Implantación de una de las prácticas prioritarias que se establezcan por el Servicio Madrileño de Salud.			
% DDD Ara II + Aliskiren sobre el total de medicamentos para el Sistema Renina Angiotensina	Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.		Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.	
% DDD Nuevos anticoagulantes orales sobre el total de anticoagulantes orales	Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.		Ver Manual de Indicadores de Farmacia del año 2013.	

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
4) INDICADORES DE ESPERA				
Demora máxima de los pacientes en espera estructural	Nº de pacientes en espera estructural con demora > 30 días el último día de cada mes	0		
5) INDICADORES DE ATENCIÓN AL PACIENTE				
Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.	Nº de acciones de mejora desarrolladas.	Al menos 3	Al menos 3 áreas de mejora en activo durante 2013. La información será ratificada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si al menos 3 acciones. Fuente: informe del centro que incluirá, como mínimo áreas priorizadas y las acciones de mejora propuestas Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles.	Nº de reclamaciones contestadas <30 días hábiles/ Nº total de reclamaciones	95%	Fuente: CESTRAK .	Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 70-95%. No cumplido: <70%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo.	Nº de reclamaciones contestadas según el manual de estilo elaborado por DG. Atención al Paciente/ Nº total de reclamaciones	95%	Fuente: Estudio Transversal realizado por la Dirección General de Atención al Paciente.	Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 70-95%. No cumplido: <70%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.	Nº de Guías de Acogida puestas a disposición de pacientes ingresado/Nº total pacientes ingresados.	95%	Deberá existir registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial.	Nº servicios médicos y quirúrgicos con protocolos de información clínica implantados en los que conste: ubicación, horario y profesionales responsables por cada servicio médico y quirúrgico en hospitalización en relación con el total de servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización	95%	La Gerencia deberá contar con un informe de situación. El informe deberá incluir al menos el protocolo con los procedimientos a seguir y recogidos los puntos contemplados en la fórmula, por cada servicio médico y quirúrgico con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG de Atención al Paciente.	Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<p>Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.</p>	<p>Nº de Guías de Información al Alta entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación con el total de altas hospitalizadas producidas.</p>	<p>95%</p>	<p>La Gerencia deberá contar con un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.</p>	<p>Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>
<p>Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.</p>	<p>Nº de Guías de Atención al Duelo entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de éxitos producidos.</p>	<p>95%</p>	<p>Deberá existir un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.</p>	<p>Alcanzado si >95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>
<p>Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.</p>	<p>Sí/No</p>	<p>Creación del registro</p>	<p>Se cumplimentará Registro de Información dirigida a pacientes. El registro al menos incluirá las siguientes variables: 1. nombre del documento; 2. objetivos del documento (ejemplos: incrementar la cobertura vacunal, mejorar el conocimiento de recursos...); 3. tipo de soporte: póster, díptico...; 4. servicio promotor; 5. Visto bueno de la Comisión Técnica de Coordinación de la Información *, ya sea central o local (sí o no). Fecha del visto bueno, en su caso; 6. fecha de inicio de difusión; 7. fecha de retirada o revisión. * La Comisión Técnica de Coordinación de la Información se constituirá en los hospitales a lo largo del año 2013; ya sea incluida en la Comisión de Calidad Percibida (preferiblemente), ya sea como Comisión independiente, según decida el centro sanitario.</p>	<p>Alcanzado si registro creado, contemplando las variables establecidas Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<p>Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)</p>	<p>Nº de acciones de mejora implementadas. Debe constar, para cada una de ellas: Problema detectado - Acción de mejora implementada - Objetivo de la acción de mejora - Explicitar cómo se va a evaluar la acción de mejora</p>	<p>Al menos 3 acciones de mejora</p>	<p>Las acciones de mejora se referirán a los siguientes ámbitos en cuanto a la atención al paciente oncológico: 1. Gestión de citas. 2. Consejos de nutricionales 3. Continuidad asistencial. 4. Autocuidado. 5. Voluntariado, etc... aspectos que contribuyen a mejorar la calidad percibida por el paciente y sus allegados</p>	<p>Alcanzado si se han implementado al menos 3 acciones, valorando otros niveles de cumplimiento si <3. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.</p>



INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
6) INDICADORES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
6.1.- Actualización del PLAN DE CONTINUIDAD DEL SERVICIO				
Realización del diagnóstico de seguridad 2013	Sí/No	Sí	Análisis de riesgos de acuerdo a las directrices de la OSSI (Oficina de Seguridad de Sistemas de Información de la DGSIS)	Alcanzado 100% si realizado el diagnóstico
Definición tiempos recuperación (RTO/RPO) para nuevos sistemas	% sistemas	>90% sistemas	El ámbito serían los "nuevos sistemas", respecto de los sistemas para los que ya se definieron tiempos de recuperación en el 2012, en ese caso. Si en el 2012 no se cumplió con este objetivo, el ámbito serían todos los sistemas.	50% de ponderación si >30% sistemas. Alcanzado 100% ponderación si >90% sistemas.
Actualización del Plan de Contingencia	Sí/No	Sí	Inclusión al menos de los tres protocolos y procedimientos contingencia básicos (urgencia – consulta y hospitalización) y Completado y verificado DGSIS. Los servicios críticos deben disponer del plan completo y en todo caso al menos el 70% de los sistemas deben tenerlo	Si inclusión de al menos los tres protocolos y procedimientos de contingencia básicos establecidos: 50% de la ponderación. Si además completado y verificado.DGSIS 100% de la ponderación
Aprobación y comunicación de nuevas versiones de los planes	Sí/No	Sí	Las versiones actualizadas deben ser firmadas por dirección y comunicadas a todo el personal del centro	Si firmado por dirección: 50% de la ponderación. Si además comunicado a todo el personal del centro: 100% ponderación.
Pruebas del Plan	Nº pruebas	2	1 prueba semestral	Alcanzado 50% si 1 prueba; 100% si >= 2 pruebas/año
Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial	Sí/No	Sí	En su caso se presentarán las modificaciones realizadas para actualizar el Plan al 2013	Alcanzado 100% si presentación
6.2.- Mejoras en el ámbito de la Seguridad de la Información				
Auditorías de accesos a los sistemas	% de auditorías	>90% sistemas	Supervisión accesos a los sistemas de información	Alcanzado 100% si >90% sistemas
b.2) Unidad independiente gestión seguridad	Sí/No	Sí	Independiente de la función TIC. Responsable de seguridad nombrado.	Alcanzado 100% si responsable seguridad
Presentación del Plan de Seguridad TIC en sesión de la Junta-Técnico Asistencial	Sí/No	Sí		Alcanzado 100% si plan presentado
Conformidades en las auditorías LOPD	Sí/No	<= 4	Las no conformidades se refieren a las resultantes de auditorías LOPD realizadas durante el año.	Alcanzado si el nº de no conformidades es <= que la meta.

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Actuaciones de seguridad en Puesto de Trabajo	Si/No	>=2	Se considerará toda actuación durante el año que contemple al menos el 80% de la base instalada de Puestos de Trabajo en activo.	Alcanzado si se cumple la meta.
Iniciativas Comité de Seguridad	Si/No	>=3	Nº de iniciativas promovidas o ejecutadas por el Comité de Seguridad con conocimiento y aceptación por parte de la Gerencia del Centro	Alcanzado si se cumple la meta.
6.3.- Actualización del PLAN DE ACTUACIONES TIC 2013				
Completar y entregar la planificación de actuaciones 2013	Si/No	Si	De acuerdo al modelo establecido por la DGSIS y validado por el Comité de Dirección del Centro	Alcanzado 100% si planificación de actuaciones
Previsión/planificación de necesidades de inversión/gasto del Plan de Actuaciones	Si/No	Si	Cumplimentar la información sobre previsiones de gasto e inversión en TIC 2013 en el Plan de Actuaciones TIC del año	Alcanzado 100% si cumplimentada
Implementación de los proyectos corporativos	Si/No	Si	Se valora la preparación y presentación de los planes de los proyectos TIC del hospital que se deriven de los proyectos corporativos del SERMAS en materia de Sistemas de Información.	Se considerará cumplido si se han presentado a la DGSIS todos los planes para los proyectos TIC del hospital que se deriven de los proyectos TIC corporativos del SERMAS
Número de iniciativas de mejora e innovación.	Nº de iniciativas	3	Mínimo 3 iniciativas de mejora.	Alcanzado 100% si >= 3, y se realizará un cálculo lineal para valores inferiores
Número de acciones formativas personal técnico.	Nº de acciones	3	Mínimo 2 acciones formativas hospitales pequeños y 3 hospitales medios y grandes. Garantizar la asistencia a jornadas/cursos promovidos desde la DGSIS. Actuaciones promovidas por el Centro	Alcanzado 100% si >= 3, y se realizará un cálculo lineal para valores inferiores
Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial y en comisiones clínicas	Nº de sesiones	4	En la Junta y en al menos 3 Comisiones clínicas	Alcanzado 100% si >= 4, y se realizará un cálculo lineal para valores inferiores
Participar desde el ámbito TIC en grupos de trabajo de los Planes Estratégicos de Especialidades.	Si/No	Si	Participar desde el ámbito TIC en grupos de trabajo de los Planes Estratégicos de Especialidades	Alcanzado 100% si se ha participado
Revisión anual del nivel de adopción del EMRAM ("HIMSS Analytics Europe").	Si/No	Si	Historial Clínico Electrónico (EMRAM)	Alcanzado 100% si cumplimentación evaluación

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
6.4.- Control y administración de la actividad TIC y uso de los sistemas de información				
Mantenimiento periódico del inventario de Puestos de Trabajo, Servidores, Comunicaciones, Sistemas de Información, y Contratos de Mantenimiento	% de comunicaciones formales a la DGSIS del inventario indicado, convenientemente actualizado a la fecha, respecto de la meta	Enviar inventario actualizado de cada mes del año	Se considerará enviado el inventario del mes si se hace (a la DGSIS) durante la primera semana del mes siguiente	Si se ha enviado todos los meses en plazo se considera alcanzado. En otro caso, se ponderará por el nº de veces enviado en plazo dividido entre 12 mensualidades.
Gestión correcta de los usuarios de los sistemas de información	En base al % de problemas relativos a una incorrecta gestión de usuarios, respecto de la meta (máximo permitido)	Máximo permitido: 12 al año	Se considera "problema relativo a una incorrecta gestión de usuarios" todo aquel conocido por la Oficina de Seguridad, y cuyo diagnóstico conforme a las reglas establecidas o buenas prácticas dictadas por la DGSIS, determine que se trata de un problema derivado del incumplimiento de dichas reglas o buenas prácticas.	Si durante el año no se ha identificado ningún problema relativo a una incorrecta gestión de usuarios, se considera alcanzada la meta. La puntuación será cero si se ha superado el tope máximo de problemas permitidos. Entre cero y dicho máximo permitido, la puntuación obtenida será lineal.
Despliegue y uso de certificados digitales	En base al % de extensión de los certificados digitales en las aplicaciones que lo requieran.	100% en aplicaciones que lo requieran	No se considerarán en el cómputo los certificados necesarios que no hayan sido proporcionados por terceras partes según los acuerdos a los que se llegue en cuanto al suministro de los certificados digitales	Si la extensión es el 100% se considera alcanzado. En otro caso, el % de cumplimiento es lineal hasta cero puntos (no se ha implantado ningún certificado).
Utilización de los sistemas por los usuarios que potencialmente deben tener acceso a los mismos	SI/No	80% para Horus. 100% para Cuadros de Mando	Se mide el % de usuarios efectivos de las aplicaciones seleccionadas, respecto de los usuarios potenciales de las mismas.	Pesos: horus 50%, Cuadros de Mando 50%. Se considera cumplido si el % de usuarios efectivos respecto de los potenciales supera la meta.