Servicio Madrileño de Salud

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- CAPIO HOSPITAL REY JUAN CARLOS

REUNIÓN ORDINARIA DE 4 DE MARZO DE 2013

Acta nº 2

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

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

Dª Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D Jesús Vidart Anchía.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
Dª Zaida Sampedro Préstamo.- Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
Dª Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente.
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria.
Dª Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.
Dª Rosa de Andrés de Colsa.- Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.

Por Capio-Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles

D. Víctor Manuel Madera Núñez.- Presidente de CAPIO.
D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de CAPIO-Madrid y Gerente del Hospital.
Dª Celia García Menéndez.- Directora Asistencial.
Dª Ana Pérez Posada.- Directora Económica.
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial.

Secretaria: Yolanda Aguilar Olivares.- Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

En Madrid, siendo las 9,30 horas del día 4 de marzo de 2013 , en la sala de reuniones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7-7ª planta, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta prevista en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, debidamente convocada al efecto.

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

[redacted]

Primero: Lectura y aprobación, si procede, del acta de la reunión celebrada el día 27 de junio de 2012. –Se decide aprobar el acta que **se adjunta como anexo 1** por acuerdo de los asistentes.

Segundo: Balance de actividad y evolución de la población protegida. La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria expone el balance de actividad y evolución de la población protegida.

El Director de Capio-Madrid y gerente del hospital, plantea la necesidad de depurar la información, ya que hay errores debido a que figura asignada actividad al Rey Juan Carlos que había realizado el Hospital de Móstoles y la Fundación Hospital Alcorcón antes de la apertura del referido Hospital Rey Juan Carlos.

La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria comenta que se procederá a realizar la oportuna corrección.

Tercero: Resultados de indicadores de seguridad, calidad y disponibilidad 2012. Expone la Directora General de Atención al Paciente, los resultados de los indicadores de seguridad, calidad y disponibilidad I. Asimismo felicita a los representantes del hospital por los resultados obtenidos en el año 2012 que se adjunta como **anexo 2 al acta.**

Cuarto: Objetivos 2013. Presenta la Directora General de Atención al Paciente los objetivos para el año 2013.

Igualmente les comenta que se incluyen como indicadores de gestión ambiental para 2013 el consumo de luz y electricidad, así como la creación de un registro de documentos informativos para pacientes y acciones de mejora dentro del programa de atención integral al paciente oncológico.

En este sentido señala el Director de Capio-Madrid, que tienen establecido un circuito específico para la atención de pacientes oncológicos, tanto para el hospital como en Atención Primaria.

A continuación la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria plantea posibles opciones, en relación con lo dispuesto en la cláusula 9.1.7.2 del pliego, en el que se establece que la sociedad concesionaria pone a disposición del órgano de contratación el 0,5% del precio anual del contrato para la realización de auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

El Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, señala que estudiará la viabilidad de las posibles alternativas a la ejecución e imputación del gasto del 0,5%. Cita, a modo de ejemplo, la posibilidad de realizar encuestas de satisfacción y evaluación de la actividad como parte de las actividades de auditoría a realizar con recursos propios o con medios externos. Puntualiza la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria que interesa especialmente el análisis y valoración de los resultados de calidad.

Seguidamente la Directora General de Atención al Paciente señala que se crea el Observatorio de Resultados pero que el Hospital Rey Juan Carlos, no aparecerá en la primer etapa (año 2011). En cuanto al año 2012 señalan los representantes de Capio que no tuvieron claves de acceso para el programa VIRAS hasta finales de año y propone la Directora que incluyan los datos que puedan aportar.

Quinto: Derivación de las listas de espera.- La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria señala que los hospitales adscritos y dependientes del Servicio Madrileño de Salud, canalizan a los pacientes en lista de espera diagnostica o quirúrgica, que no pueden atender en el plazo de demora máxima establecida, a través de acuerdos-marco a centros privados concertados para alguno de los procesos determinados previamente. Respecto a la posibilidad de que el Hospital Rey Juan Carlos, participe en la realización de procesos provenientes de la lista de espera de otros hospitales de la red, se entiende que el Hospital Rey Juan Carlos es un hospital público de la red del Servicio Madrileño de Salud, a todos los efectos, por lo que puede participar en la derivación como participan el resto de hospitales públicos. Se propone, en consecuencia, a los representantes del Hospital Rey Juan Carlos su participación en el programa de lista de espera al precio medio de las licitaciones del acuerdo-marco. Los representantes del Hospital Rey Juan Carlos aceptan esta propuesta.

Sexto: Dar cuenta de los planes y documentos que con arreglo a los pliegos debe aportar la concesionaria. Se presentan los Objetivos 2013, se firman en este acto y se adjunta como **anexo 3** al acta.

La Directora General de Atención al Paciente señala, a continuación, los documentos que el hospital tiene que aportar **(se adjuntan como anexo 3.a).** Asimismo indica que la Unidad

Técnica de Control se encargará de los indicadores no sanitarios a partir de 2013, y comprobará que se entrega toda la documentación exigida en los pliegos.

Séptimo: Criterios para aplicar en la facturación intercentros. El Director de Capio-Madrid informa que una vez analizado el documento que se les ha enviado desde el Servicio Madrileño de Salud, remitirá algunas observaciones al documento que mandará por correo para su análisis por el Servicio Madrileño de Salud.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria comenta que los criterios que se han adoptado para el borrador de manual de facturación intercentros serán de aplicación a todos los hospitales utilizando criterios homogéneos.

Se indica a los representantes del hospital que una vez analizado el documento por su parte, deben enviar sus observaciones, de las cuales se dará traslado a la Dirección General de Hospitales, Dirección General de Gestión Económico y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos y Dirección General de Atención al Paciente para su estudio y redactarán una versión definitiva.

En este sentido, el Director de Capio-Madrid solicita que para una adecuada facturación intercentros es necesario no sólo la definición de unos criterios homogéneos, sino que se audite la actividad realizada tanto en el propio hospital como en el resto de hospitales del SERMAS.

Octavo: Centro de Salud Mental de Navalcarnero.- En este punto se informa que la Dirección General de Recursos Humanos estudiará y determinará la actuación en relación con la plantilla de personal, que presta sus servicios en el Centro de Salud Mental de Navalcarnero.

Los representantes del Grupo Capio aceptan las indicaciones dadas por el Servicio Madrileño de Salud, para establecer una unidad de salud mental extrahospitalaria en el municipio de Navalcarnero, a pesar de que no se recoge esta obligación en su contrato.

Los representantes del Grupo Capio proponen que en tanto continúe trabajando el personal dependiente del SERMAS en la unidad de salud mental de Navalcarnero no deberían aplicarse los criterios de la facturación intercentros, ya que esa circunstancia no es imputable al Grupo Capio

Seguidamente el Director de Capio Madrid comenta que estudian la posibilidad de abrir un centro de especialidades que atienda a la población de Villaviciosa y Navalcarnero. La Directora General de Atención al Paciente propone que se convoque una reunión específica para tratar esta cuestión.

Noveno: Ruegos y preguntas

- El Director de Capio-Madrid señala, nuevamente, el problema que genera la lejanía de transporte público en la zona del hospital, y plantea la necesidad de ampliación de los itinerarios de autobuses. Informa, asimismo, que los Alcaldes afectados han presentado una queja escrita.

  Se le indica la posibilidad de incluir, como punto del orden del día de la próxima reunión este asunto. La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria le informa que el Consorcio está estudiando la propuesta.

- El Director de Capio-Madrid comunica, en relación a la unidad de ictus que no están en su cartera de servicios, por lo que tienen que someter estas nuevas unidades a autorización. La Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales, señala que existen actualmente seis unidades

LA SECRETARIA

[redacted]

Yolanda Aguilar Olivares

[redacted]

VºBº
LA PRESIDENTA

[redacted]

Patricia Flores Cordón

[redacted]

Resultados 2012
Indicadores de Calidad

Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Atención al Paciente
Comunidad de Madrid

INDICADOR	META	Hospital Rey Juan Carlos	GRUPO 2 (media)	SERVICIO MADRILEÑO SALUD (media)
a) Calidad percibida				
3.a.1.-Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias	Máx. valor del grupo (95,0%)	95,0%	92,6%	92,4%
3.a.2.- Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011	Al menos 5 acciones	NA	6	6 (total: 206)
3.a.3.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida (al menos una de participación de profesionales de primaria y otra para mejorar la satisfacción de urgencias)	Al menos 4 líneas de actuación	21	6	5 (total:190)
b) Seguridad paciente y gestión de calidad				
3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro	Al menos 5 objetivos	5	8	7 (total: 259)
3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades. (Prioritarios: UCI, urgencias, cirugía, anestesia, obstetricia, neonatología y farmacia)	100% Servicios prioritarios	100%	98,8%	97,5%
3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los servicios	>70% servicios clínicos con sesiones SP	82,1%	84,2%	63,9%
3.b.4.-Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".	Al menos 3 (2 de ellas en UCI)	3	3	3 (total: 108)
3.b.5.- Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)	<9 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica	NA	*Ver datos globales SERMAS*	5,49
3.b.6.-Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras.	>85% y mantiene al menos cifras de 2011.	91,3%	92,3%	97,0%

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

OBJETIVOS 2013 HOSPITAL REY JUAN CARLOS				Anexo Descripción de Indicadores
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
1) INDICADORES DE SEGURIDAD Y CALIDAD				
1.1.- Seguridad del paciente				
Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5	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.	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: elaborar propuesta de mejora.*
Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades.	Nº de servicios clínicos con responsables de SP/ Nº total de servicios clínicos	90% Servicios clínicos	De acuerdo a la Estrategia de seguridad del paciente, para promover la participación e implicación de los profesionales. Se consideran servicios prioritarios los servicios clínicos	Alcanzado si se han implantado en 90% servicios clínicos (siendo obligatorios los priorizados en 2012) y Farmacia (este último también prioritario en 2012). Fuente: Informe del centro. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.*
Promoción de la seguridad clínica en los servicios	Nº de servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad/Nº total servicios clínicos	>75%	Sesiones de seguridad en cada uno de los servicios clínicos	Alcanzado si >75%. Fuente: Informe del centro. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.*
Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".	Nº de reuniones o visitas realizadas	Al menos 4 (1 de ellas en UCI y otra en urgencias)	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.	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: elaborar propuesta de mejora*

[redacted]

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: elaborar propuesta de mejora*
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: elaborar propuesta de mejora*
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: elaborar propuesta de mejora*
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: elaborar propuesta de mejora*
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: elaborar propuesta de mejora*

[redacted]

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 prioritarios1.- 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 ARSUIC 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%)	<=6,6	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 Stafilococo aureus resistente a meticilina/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*

[redacted]

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 objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.*
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 objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.*
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 objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.*
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 objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora*

[redacted]

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. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora*
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. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora*
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. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora*
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. *Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora*

[redacted]

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 EII. Ver Manual de Indicadores de Farmacia y tarifas del año 2013.	Artropatías (t. biológica) objetivo anual ≤ 9.600 € objetivo mensual ≤ 800 €; Psoriasis en placa (t. biológica) objetivo anual ≤ 12.050 € objetivo mensual ≤ 1.004 €; Enf Inflamatoria intestinal (t. biológica) objetivo anual ≤ 13.205 € objetivo mensual ≤ 1.100 €

[redacted]

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 sonsidera alcanzado si la cifra es igual al 100%.
Porcentaje valoración previa especialista evaluadas	Número de VPE remitidas con cita de más de 15 dias que se han evaluado / Número deVPE 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 sonsidera 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. Fuente: Informe del Centro.
Implantación del informe al alta de enfermeria y procedimiento de envío	% de implantación	100%	Deberá constar documento donde se esepecifique el procedimiento de envío.	Alcanzado si=100% o cumplimiento > 80% con propuesta de Plan de Mejora. Fuente: informe del centro.
Constitución del grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia	Sí/No	Sí	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.	Alcanzado con registro de la Constitución del grupo. Fuente: informe del centro.
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.	

[redacted]

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. Atencion 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 Tranversal 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 diposición de pacientes ingresado/Nº total pacientes ingresados.	95%	Deberá exisir 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

[redacted]

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.	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 de hospitalizaciones producidas.	95%	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.	Alcanzado si>95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.	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 éxitus producidos.	95%	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.	Alcanzado si>95%; valorando otros niveles de cumplimiento si 80-95%. No cumplido: <80%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.	Sí/No	Creación del registro	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.	Alcanzado si registro creado, contemplando las variables establecidas Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

[redacted]

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)	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	Al menos 3 acciones de mejora	Las acciones de mejora se referirán a los siguientes ámbitos en cuanto a la atención al paciente oncológico: 1. Gestión de citas. 2.Consejos nutricionales 3. Continuidad asistencial. 4. Autocuidado. 5.Voluntariado, etc... aspectos que contribuyen a mejorar la calidad percibida por el paciente y sus allegados	Alcanzado si se han implementado al menos 3 acciones, valorando otros niveles de cumplimiento si <3. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

[redacted]

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 auditorias	>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	Si/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.

[redacted]

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	Sí/No	Sí	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	Sí/No	Sí	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	Sí/No	Sí	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.	Sí/No	Sí	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").	Sí/No	Sí	Historial Clínico Electrónico (EMRAM)	Alcanzado 100% si cumplimentación evaluación

[redacted]

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 puntación 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 teceras 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	Sí/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.

[redacted]

LISTA DE CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

HOSPITAL DE MOSTOLES

Feb. 2013

INDICE

0 Obligaciones Generales PCAP/PPTE
1 Restauración
2 Mantenimiento
3 Limpieza
4 Lavandería
5 Seguridad
6 Residuos
7 Viales y Jardines
8 Esterilización
9 DD
10 Almacenes
11 Apoyo Administrativo
12 Traslado pacientes
Explotaciones comerciales

OBLIGACIONES GENERALES HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

	OBLIGACIONES GENERALES DEL PCAP Y DEL PPTE	Procedencia	Comentarios
00	DOCUMENTACION GENERAL		
00.01	Funcionamiento de la SC		
	Cronograma de Actuación para la puesta en funcionamiento del Hospital	PCAP 9.13 (8)	
	Plan de Inversiones	PCAP 9.13 (8), 14.5 (2)(3)(5), Anexo XIII	Entrega inicila para los 4 primeros años de la concesión y cada 4 años una nueva propuesta. Se formulará en programas anuales.
	Memorias y protocolos relativos a la prestación de los servicios no sanitarios	PCAP 9.13 (8)	
	Plan de Identidad Visual del Hospitaly del Centro de Especialidades	PCAP 9.13 (8), PPT 3.1	
	Información de carácter económico, técnico y asistencial	PCAP 9.1.5 (1)	En la forma y plazos que la Admon. determine en cada momento
	Capital social	PCAP 9.2.1 (3)	Como mínimo no inferior al 10% de la Inversión Total (presupuesto de ejecución de las obras, instalaciones, mobiliario, equipamiento médico-sanitario, equipamiento informatico)
	Libros, cuentas, balances y demás documentos incluidos los de naturaleza fiscal	PCAP 9.21 (10), 9.2.5 (3)	Para examinar, comprobar o auditar estos documentos de la SC o relativos a ella. Las cuentas incluirán una cuenta de resultados por cada actividad, especificando las reglas de imputación de los ingresos y gastos que asignen para establecer dichas cuentas separadas. El régimen previsto en el presente apartado deberá adaptarse por la Sociedad Concesionaria, atendiendo a las particularidades existentes en el caso de que se ejercite la opción de constituir una Sociedad de servicios residenciales
	Comunicación y solictud de aprobación de trasmisión de acciones	PCAP 9.2.2	Debe incluir la notificación de la identificación de las acciones que se trasmiten, el negocio jurídico por el que se articula la trasmisión y la identificación del adquiriente
	Documentación por cesión de contrato	PCAP 9.2.2	
	Reglamento de funcionamiento de la Comisión Mixta	PCAP 23 (2)	
	Auditorías		
	Auditorías financieras de carácter global	PCAP 9.1.7 (1), 9.2.6 (1)	El primer ejercicio obligatorio de realización de las auditorias financieras al cierre de su ejercicio social será aquél en el que se formalice el contrato
	Auditorías financieras separadas en relación con las prestaciones:		
	i) Atención sanitaria	PCAP 9.2.6 (2)	
	ii) Prestación de servicios residenciales y complementarios no sanitarios y tareas de const., adecuación, mantenimeinto, adaptación y obras de reforma de las infraestructuras sanitarias	PCAP 9.2.6 (2)	
	0,5% del precio anual del contrato para auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados	PCAP 9.1.7 (2), 9.2.6 (3)	Poner a disposición del órgano de contatación en 15 días desde el requerimiento de la Admon.
	Auditorías operativas	PCAP 9.1.7 (1)	A definir
	Auditorías de calidad y disponibilidad	PCAP 9.1.7 (1)	A definir
	Escrito a la Administración comunicando la intención de celebrar subcontratos y Declaración Responsable del subcontratista	PCAP 16.1 (4)	Pra subcontrataciones de prestaciones accesorias no anunaciadas en la ofertaistas
	Solicitud de autorización expresa de la Admon. sanitaria para la subcontratación de servicios sanitarios accesorios	PCAP 16.1 (5)	
	Libro de Subcontratación	PCAP 16.1 (8)	Según artículo 8 de la LRSSC (Ley 32/2006 de 18 de octubre reguladora de la Subcontratación en el Sector de la Construcción) y 13 a 16 del Real Decreto 1.109/2007 de 24 de agosto
	Proponer oportunidades de explotación adicionales	PCAP 20 (4)	

OBLIGACIONES GENERALES HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

00.02	Calidad		
	Plan Asistencial	PCAP 14.3. Anexo V del PPT	En Anexo V del PTR se detalla el contenido del Plan
	Plan de Calidad	PCAP 9.1.3 (8) y (10), 14.3 (2). Anexos IV y V del PPT	Entrega inicial para los 4 primeros años de la concesión y cada 4 años una nueva propuesta. Su desarrollo operativo será anual. En Anexos IV y V del PPT se detalla el contenido de los Planes. Dentro del Plan de Gestión se desarrollan y presentan a la Admon. :
	Plan de Gestión		♦ Plan de actuación de sistemas y tecnologías de la información a los 6 meses de la firma del contrato. ♦ Proyecto de Mobiliario y Equipamiento a los 12 meses de la firma de contrato. ♦ Plan de Inversiones a los DOCE (12) meses de la firma de contrato. ♦ Plan de Identidad Visual del Hospital y del Centro de Especialidades a los 18 meses de la firma del contrato ♦ Memorias y Protocolos relativos a la prestación de los servicios complementarios no sanitarios.
	Plan de Actuación en materia de Sistemas y Tecnologías de la Información	PCAP 9.1.3 (8), 9.1.4 (8), 14.4(1), 14.10.1A.e.	Mantenerlo actualizado y cada 4 años una nueva propuesta.
	Encuestas de satisfacción a pacientes y personal que presta servicios	PPT 3.1	El resultado se trasladará a la Admon. Sanitaria
	Informes sobre funcionamiento de los servicios prestados por la SC o empresas contratadas	PPT 3.1	
	Acreditación UNE 81900 PRL	PCAP 14.7(7)	
	Acreditación ISO 9002 EFQM	PPT 3.1	Mantener dicha certificación a lo largo de la duración del servicio
00.03	Recursos Humanos		
	Plan de Formación Continuada (PFC)	PPTE Punto 3.1.	
	Uniformidad e identificación	PPTE Punto 3.1.	
00.04	Seguros	14.10.1A.f.	
	Seguros de explotación.		
	Seguro de Responsabilidad Civil Profesional / Patrimonial; de Explotación / Patrimonial; Responsabiliad patronal o por Accidente de Trabajo	PCAP 9.1.3.7, Anexo XII , 9.1.8 (7), 14.8	desde la puesta en funcionamiento
	Seguro de Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria, respecto de Vehículos de Motor	PCAP 9.1.3.7, Anexo XII , 9.1.8 (7), 14.8	
	Póliza de Seguros del Servicio Madrileño de Salud	Anexo XII, 14.8	Opcional y no da cobertura a todos los conceptos exigidos en el PCAP
00.05	Otros		
	Proyecto de Equipamiento y Mobilairio	PCAP 9.1.1 (6)	
	Licencias municipales y sectoriales	PCAP 9.1.1 (7), 14.1 (2), 14.10.1A.b.	Licencias de obras, reforma, actividad, funcionamiento y otras, necesarias para prestación de servicios y actividades del contrato
	Aplicaciones informáticas necesarias para la adecuada ejecución del objeto del contrato	PCAP 9.1.4 (1) y (5)	incluye software para funcionalidades y servicios orientados al ciudadano
	Información correspondiente a la prestación de servicios sanitarios	PCAP 9.1.4 (7)	en función de los plazos y necesidades del órgano de contratación durante toda la vida del contrato
	Información referida a las prestaciones objeto del presente contrato	PCAP 9.1.5 (2)	cunata información le sea soliictada por la Admon. Sanitaria, así como por personas, empresas u organismos por ella designados
	Aportar hasta un importe máximo del 2% de inversión total más IVA	PCAP 9.1.5 (4)	Para contratación de las asistencias técnicas y asesoramientos que sean considerados por la Admon.
	Impuestos, tasas y gravámenes fiscales sobre el objeto del contrato	PCAP 9.1.8 (1)	
	Libro del Edificio	PCAP 13.12(3)	

OBLIGACIONES GENERALES HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

	Documentación de final de obra		
	• Planos y demás documentos necesarios para reflejar exactamente la obra ejecutada. Estos documentos se entregarán en el soporte informático que al efecto establezca la Administración. • Libro de Órdenes. • Libro de Incidencias. • Libro de subcontratación. • Homologaciones, certificados, sellos y demás garantías de los materiales o elementos colocados en obra que lo requieran o lo posean. • Características técnicas de las máquinas, mobiliario, equipos y aparatos instalados en el Hospital. • Relación valorada de mobiliario y equipamiento, tanto sanitario como no sanitario, instalados en el Hospital. • Relación valorada final de las obras ejecutadas. • Certificado final de obra. • Los proyectos de las instalaciones, verificados por los organismos competentes, boletines de luz y agua, y los planos definitivos de trazado de las mismas. • La documentación relativa al control de calidad de la obra, incluidas las pruebas finales y puesta en servicio de todas las instalaciones		Tres copias ordenadas y encuadernadas
	Acta de Inversiones		Incluye el precio Final Reconocido y las inversiones realizadas y aprobadas por la Admon. para el Centro de Especialidades
	Protocolos de actuación, diseño y organización y los recursoso humanos y materiales que propone	PPT 3.1	
	Métodos y manuales de Procedimeintos de cada uno de los servicios no sanitarios	PPT 3.1	

---- No se especifica información al respecto

xxxx Clásulas de Penalidades

	SERVICIO DE RESTAURACION	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
01				
	Programa de Limpieza	PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración	-----	zonas, equipamientos e instalaciones incluidos en el programa, forma de actuación, periodicidad de la limpieza, etc
	Plan de implantación de un sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Peligros y Puntos de Contro Critico)	PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración	-----	
	Plan de gestión de dietas	PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración	----	la gestión que se proponga debe ser informatizada
	Fichas técnicas de los platos	PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración	----	
	Encuestas de satisfacción	PPT Anexo VI 1. Servicio de Restauración	----	

	SERVICIO DE MANTENIMIENTO	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
02				
	Informe Anual de Mantenimiento	PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento	Anual	Formato acordado por la SC y la Admon.
	Programa de Mantenimiento Preventivo			
	Programa de Mantenimiento Preventivo	PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento	para cada período de 12 meses	Deben ser presentados a la Admon. al menos 4 meses antes de su puesta en ejecución. Será un programa detallado
	Programa de Mantenimiento Preventivo	PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento	4 años	para edificios e instalacines , incluyendo manteniminetо de ciclos de vida, sustituciones y mejoras previstas y programas de reposición y renovación
	Documentación de activos	PPT Anexo VI 1. Servicio de Mantenimiento	---	Actualizaciones correspondientes.
	Inventario de instalaciones, mobiliario y equipamiento de los centros	PPT Anexo VI 2. Servicio de Mantenimiento	----	Realizar y mantener actualizado
	Registro de quejas recibidas y acciones respuesta	PPT Anexo VI 2. Servicio de Mantenimiento	----	
	Encuestas de satisfacción	PPT Anexo VI 2. Servicio de Mantenimiento	---	

	SERVICIO DE LIMPIEZA	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
03				
	Programa de Limpieza	PPT Anexo VI 3. Servicio de Limpieza		Por zonas con indicación de periodicidad
	▪ La subdivisión en zonas del Hospital a efectos de limpieza.			
	▪ Programas de limpieza por zonas con indicación de su periodicidad, diaria,			
	semanal, mensual etc.			
	▪ Técnicas, procedimientos y productos a emplear en función de las zonas.			
	Protocolos y Manuales de Procedimiento	PPT Anexo VI 3. Servicio de Limpieza	en los plazos estipulados	
	Encuestas de satisfacción	PPT Anexo VI 3. Servicio de Limpieza	----	

	SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERIA	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
04				
	Resultados de controles bacteriológicos de la ropa limpia	PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería	mensual	
	Sistema de Control de de calidad	PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería	---	
	Encuesta de satisfacción	PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería	mensual	
	Protocolos y Manuales de Procedimiento	PPT Anexo VI 4. Servicio de Lencería y Lavandería	---	Aprobados por la Admon.

	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
05				
	Plan de emergencia o catástrofes internas	PPT Anexo VI 5. Servicio de Seguridad y Vigilancia	1 año desde la formalización del contrato	Autorizado por la Admon.
	Plan de catástrofes externas	PPT Anexo VI 5. Servicio de Seguridad y Vigilancia	1 año desde la formalización del contrato	Autorizado por la Admon.
	Registro de todos los incidentes de seguridad acaecidos	PPT Anexo VI 5. Servicio de Seguridad y Vigilancia	diario	

	GESTION DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
06				
	Autorización como gestor de residuos sanitarios	PPT Anexo VI 6. Servicio de Residuos	----	
	Sistema de prevención de Riesgos laborales	PPT Anexo VI 6. Servicio de Residuos	funcionamiento del servicio	

	CONSERVACION DE VIALES Y JARDINES	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
07				
	Programa de mantenimiento de viales y jardines	PPT Anexo VI 7. Servicio de Viales y Jardines	trimestral	
	Protocolos del servicio	PPT Anexo VI 7. Servicio de Viales y Jardines	----	Aprobados por la Admon.

	SERVICIO DE ESTERILIZACION	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
08				
	Licencia central esterilización	PPT Anexo VI 1. Servicio de Esterilización	---	emitida por el Ministerio de Sanidad y Consumo
	Validación de equipos y procedimientos	PPT Anexo VI 1. Servicio de Esterilización	----	emitidos por el Ministerio de Sanidad
	Sistema de Gestión Informatizada	PPT Anexo VI 1. Servicio de Esterilización	----	
	Resultados de controles de calidad externos	PPT Anexo VI 1. Servicio de Este	mensuales	realizados por laboratorios externos autorizados, se comunicarçan por escrito a la Unidad administrativa de seguimiento y control o persona en quien delegue la Admon.
	Sistema de control de calidad	PPT Anexo VI 1. Servicio de Este	---	para la totalidad del proceso
	Stock de seguridad			tanto textil como de instrumental

	DD	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
09				

	GESTION DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
10				

	APOYO ADMINISTRATIVO: SERVICIO ATENCIÇON AL PACIENTE, RECEPCIÓN Y CENTRALITA TELEFÓNICA	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
11				
	Listado telefónico actualizado		trimestral	

	EXPLOTACIONES COMERCIALES	Procedencia	Frecuencia Fechas	Comentarios
1	CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR			
	Lista de Precios con IVA incluido de todos los productos	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	---	
	Impreso de quejas y Sugerencia	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	---	
	Hojas oficiales de reclamaciones	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	---	
	Certificación en la norma ISO-9000	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	Al finalizar el 1er. año de funcionamiento del servicio	mantenerla a lo largo de la duración del contrato
	Carnets de manipulador de alimentos de personal	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales		
	Proyecto sobre seguridad e higiene	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	en un plazo máximo de 6 meses, a partir del inicio de actividad	O justificación de haberlo contratado con una consultora externa
	Encuestas de satisfacción	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales		
2	SERVICIO DE APARCAMIENTO			
	Encuestas de satisfacción	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	trimestrales	
	Carteles anunciando tarifas	PTE Apéndice Explotaciones Comerciales	---	