

Contrato Programa con la Gerencia del Hospital Universitario de Getafe



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/esv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

2025



Contenido

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| MARCO NORMATIVO | 4 |
| MARCO ESTRATÉGICO | 5 |
| CONDICIONES GENERALES | 7 |
| ANEXO I | 12 |
| 1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 14 |
| 2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 23 |
| 3. MEJORA DE PROCESOS | 30 |
| 4. INNOVACION Y DESARROLLO | 42 |
| ANEXO II | 48 |
| ANEXO III | 49 |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

INTRODUCCIÓN

En el ámbito del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los contratos programa (C.P.) se consolidan como instrumentos fundamentales para la gestión eficiente de los centros asistenciales públicos de la Comunidad de Madrid. Estos acuerdos, establecidos entre la Dirección General del SERMAS y las gerencias de los distintos centros, reflejan un compromiso mutuo para alcanzar objetivos anuales priorizados, alineados con las necesidades sanitarias de la población.

El C.P. se configura como una herramienta estratégica para la gestión de la actividad asistencial, orientando a las organizaciones sanitarias hacia el cumplimiento efectivo de su misión. La transparencia en la información resulta esencial en este proceso, permitiendo a todos los profesionales de los centros conocer los objetivos priorizados para la organización, así como los indicadores que permiten evaluar su cumplimiento. Estos indicadores, a su vez, sirven para medir el desempeño de los equipos directivos y profesionales.

El contrato programa informa sobre la financiación disponible para cada gerencia, los profesionales y los recursos materiales con los que cuentan. Esta información se vincula con la actividad asistencial y la consecución de los resultados previstos en los objetivos priorizados. El compromiso de la organización sanitaria reside en poner a disposición de cada centro los recursos necesarios para realizar la actividad encomendada, mientras que la gerencia se compromete a gestionar adecuadamente estos recursos para obtener los resultados previstos.

Para evaluar el grado de cumplimiento alcanzado, los objetivos y actuaciones deben asociarse a indicadores fiables, con fuentes de información solventes. Estos indicadores deben ser robustos, relacionados de forma clara con el objetivo planteado; relevantes, evaluando acciones o procesos críticos; sencillos de interpretar; y útiles como herramienta para la mejora continua.



MARCO NORMATIVO

En el complejo panorama de la sanidad actual, el SERMAS se erige como un modelo de gestión sanitaria de vanguardia, caracterizado por su compromiso con la excelencia, la innovación y la búsqueda incesante de la mejora continua. Su trayectoria, destacada por logros y reconocimientos, lo ha convertido en un referente a nivel nacional e internacional.

Las funciones del SERMAS abarcan un amplio espectro, desde la atención sanitaria integral hasta la gestión de recursos humanos y económicos. Entre sus responsabilidades más destacadas se encuentran:

- **Atención sanitaria integral:** El SERMAS garantiza una atención médica completa a la población madrileña, desde la atención primaria hasta la atención hospitalaria, abarcando todas las etapas del ciclo vital y las diversas necesidades de salud de los ciudadanos.
- **Calidad y seguridad sanitaria:** La calidad y la seguridad de los servicios sanitarios son prioridades absolutas para el SERMAS. Implementa rigurosas medidas de control y seguimiento para garantizar la excelencia en la atención prestada, protegiendo la salud y el bienestar de los pacientes.
- **Gestión de recursos económicos:** El SERMAS administra de manera eficiente y transparente los recursos financieros destinados al sistema sanitario público. Implementa estrategias de optimización y control del gasto, asegurando el uso responsable de los fondos públicos y la sostenibilidad del sistema.
- **Gestión de recursos humanos:** El SERMAS reconoce al capital humano como un elemento clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario. Vela por el bienestar laboral de sus profesionales, fomenta su desarrollo profesional continuo y apuesta por la atracción y retención de talento.
- **Gestión de centros y servicios sanitarios:** El SERMAS administra una amplia red de centros, servicios y establecimientos sanitarios distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. Garantiza el buen funcionamiento de estas instalaciones, optimizando su uso y asegurando la calidad de los servicios prestados en ellas.



- **Promoción y protección de la salud:** El SERMAS va más allá de la atención sanitaria asistencial y se compromete activamente con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Implementa programas y campañas de sensibilización, fomentando hábitos de vida saludables y reduciendo la carga de enfermedad entre la población.
- **Investigación y formación:** El SERMAS impulsa la investigación biomédica y sanitaria, promoviendo la colaboración entre profesionales de diferentes áreas y apoyando proyectos que buscan soluciones innovadoras a los desafíos de la salud. Asimismo, dedica un gran esfuerzo a la formación continua de sus profesionales, asegurando que se mantengan actualizados en las últimas técnicas y conocimientos médicos.
- **Salud pública:** El SERMAS juega un papel fundamental en la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

MARCO ESTRATÉGICO

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), consciente de la necesidad de adaptarse a un entorno sanitario en constante evolución y de responder a las demandas crecientes de la población, ha establecido un ambicioso Marco Estratégico que define las líneas de acción que guiarán a la organización en los próximos años.

Ratificado en 2025, este marco estratégico se articula en torno a cuatro perspectivas clave que abarcan la totalidad de las funciones y responsabilidades del SERMAS:

- ✓ Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos:

En un entorno sanitario marcado por recursos finitos y la necesidad de optimizar su uso, el SERMAS se compromete a abordar los nuevos retos que presenta la atención sanitaria, avanzando en un modelo seguro, eficaz y eficiente que sea reconocido como marca de excelencia. Para ello, se fomentará la colaboración entre instituciones, se potenciará la promoción y la prevención de la salud, y se buscarán fórmulas innovadoras de financiación, incluyendo la colaboración público-privada y la compra pública innovadora.

- ✓ Perspectiva de Orientación a las Personas:

El centro de la estrategia del SERMAS reside en las personas, tanto en los pacientes que reciben atención sanitaria como en los profesionales que la proporcionan. Para ello, se brindará una



atención sanitaria basada en valores humanos, potenciando la cultura de servicio, la accesibilidad y la equidad. Además, se reforzará el modelo de atención al ciudadano, orientándolo a sus necesidades y expectativas.

✓ Perspectiva de Mejora de Procesos:

La búsqueda de la excelencia en la atención sanitaria pasa por la mejora continua de los procesos internos del SERMAS. Para ello, se avanzará en la definición y normalización de procesos, evaluándolos constantemente y aplicando medidas de mejora continua. La cogobernanza se erige como herramienta fundamental para la toma de decisiones eficiente y corresponsable, integrando la coordinación sociosanitaria en los procesos asistenciales y contando con la visión del ciudadano en la gestión del SERMAS. Los procesos asistenciales estarán en continua evolución para que sean accesibles, integrados y orientados a generar valor, potenciando la continuidad asistencial, el seguimiento natural del paciente y el uso de recursos en red. Además, se prestará especial atención a los profesionales, rediseñando los procesos de atención y crecimiento para fomentar su desarrollo y compromiso.

✓ Perspectiva de Innovación, Investigación y Formación:

La innovación, la investigación y la formación son pilares fundamentales para el progreso del SERMAS. En este sentido, se elaborará un sistema de información transparente y orientado a la toma de decisiones, y se impulsará la generación de valor para las personas de la organización. La capacidad de innovar, la docencia, la formación y la investigación serán potenciadas al servicio de los pacientes y la sociedad, asegurando que el SERMAS se mantenga a la vanguardia del conocimiento sanitario.

Para facilitar su comprensión en el Contrato Programa, las perspectivas del Marco Estratégico se han agrupado de la siguiente manera:

- Sostenibilidad y Gestión de los Recursos.
- Orientación a las Personas.
- Mejora de Procesos.
- Innovación, Investigación y Formación.



CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2025-2026 son los orientados conforme al marco estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, facilitando la libre elección de los ciudadanos de hospital y especialista. Así como, validar e implantar nuevos recursos, procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios, mediante una organización hospitalaria integrada en red, facilitando una ágil ordenación asistencial y con la máxima participación de los profesionales, mediante el impulso de acuerdos clínicos y posibles rediseños organizativos.

En la Ley de Presupuestos para el ejercicio 2025 se han establecido como elementos fundamentales de actuación en el ámbito hospitalario los siguientes objetivos:

- Establecer al paciente en el centro del sistema y de la asistencia sanitaria que se desarrolla en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud.
- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema sanitario, especialmente a la atención hospitalaria, facilitando y garantizando una respuesta ágil y profesional a las expectativas y necesidades de los ciudadanos.
- Modernizar el sistema sanitario madrileño, mediante el desarrollo de la salud digital como nueva modalidad asistencial, a través de la digitalización e incorporación de herramientas tecnológicas a los procesos asistenciales para facilitar la respuesta a las necesidades de los ciudadanos.
- Optimizar los procesos asistenciales y la utilización de los recursos en el ámbito de la atención hospitalaria, todo ello, garantizando mayores estándares de calidad asistencial.
- Consolidar e impulsar los servicios de referencia en la atención hospitalaria.
- Incorporar y desarrollar nuevas modalidades asistenciales que permitan aumentar la capacidad asistencial de los centros hospitalarios.
- Desarrollar las estrategias regionales de ámbito sanitario en la red hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid.
- Buscar la participación activa de los pacientes en la autogestión de la salud.
- Responder asistencialmente a la cronicidad de las enfermedades, estableciendo especial dedicación a la fragilidad.
- Incorporar de forma eficiente las nuevas tecnologías diagnósticas.
- Orientar los procesos asistenciales a resultados y a la gestión de valor en salud.
- Garantizar la mejora en la continuidad asistencial y facilitar la coordinación de las redes asistenciales existentes en la Comunidad de Madrid.



En virtud de lo señalado, el presente Contrato Programa 2025 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Hospital Universitario de Getafe y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

Por otra parte, en el ANEXOS I, II y III se recogen:

- Objetivos del centro con sus respectivos indicadores y fichas de monitorización.
- Recursos humanos disponibles.
- Cartera de servicios del hospital.
- Clausula Rendimiento del equipo directivo

En términos generales, los **COMPROMISOS** son:

1. El Hospital Universitario de Getafe se compromete al cumplimiento de los objetivos asistenciales y de salud que, acordes a las características del mismo, han sido analizados previa y conjuntamente con los órganos directivos del Servicio Madrileño de Salud.

El centro dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, y que será ofertada a todos los ciudadanos que constituyen su población asignada, determinada conforme a los siguientes parámetros:

| POBLACIÓN TOTAL (TSI) | | | | |
|---|-----------|------------|------------|----------|
| Hospital Universitario de Getafe | | | | |
| Distribución población TSI según tramos etarios | | | | |
| 0-2 años | 3-15 años | 16-64 años | 65-79 años | >80 años |
| 5.019 | 33.184 | 160.745 | 31.058 | 12.709 |

Asimismo, el Hospital Universitario de Getafe se compromete a prestar asistencia sanitaria a todos aquellos asegurados del Servicio Madrileño de Salud que así lo soliciten en el marco de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Hospital Universitario de Getafe los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del centro, conforme a la Ley de Presupuestos 2025.



La asignación económica se hará de acuerdo con el siguiente reparto por Capítulos Presupuestarios de Gasto:

| | | |
|--------------------|---|------------------------|
| Capítulo I | Gastos de Personal | 135.022.361 € |
| | Formación de Personal Sanitario | 10.941.342 € |
| Capítulo II | Bienes Corrientes y de Servicios | 41.192.040,00 € |

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

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2025 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha.

Esta cifra de efectivos no podrá superarse a lo largo del ejercicio, salvo durante el plazo de vigencia de las contrataciones realizadas para nuevas actuaciones especiales, que deberán ser expresamente autorizadas. Así como, por la ejecución de las actuaciones de reducción de la lista de espera con el límite de la financiación adicional dotada a tal efecto.

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

Quedan al margen de la financiación contemplada en el presente Contrato-Programa:

- Las dotaciones destinadas al abono de la productividad variable por cumplimiento de los objetivos, las nuevas acciones y actuaciones expresamente autorizadas durante el ejercicio.
- Las generaciones de crédito y gasto asociado por investigación.
- El gasto por sentencias judiciales.
- El gasto por reducción de lista de espera que cuenta con una financiación máxima específica, establecida en el presente Contrato-Programa.

Asimismo, el Servicio Madrileño de Salud facilitará al Hospital Universitario de Getafe los recursos humanos y los medios estructurales.

Las necesidades de inversión en bienes de equipo y de capital (Capítulo VI) que surjan a lo largo del año serán puestas de manifiesto, mediante el procedimiento reglamentado por la Dirección del Hospital Universitario de Getafe ante la Dirección General de Infraestructuras



Sanitarias y serán aprobadas por el Servicio Madrileño de Salud en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

3. La actividad extraordinaria que desarrolle el Hospital Universitario de Getafe a fin de cumplir con el objetivo previsto relativo a facilitar a los ciudadanos la atención en tiempo conforme a los objetivos institucionales de reducción de la lista de espera, será igualmente financiada por el Servicio Madrileño de Salud con una aportación adicional de **2.329.451,99** euros. Esta aportación se desglosa en contratación de personal con una aportación de **1.913.879,61** euros y gasto en incentiación con una aportación de **415.572,38** euros.

Está previsto en este ejercicio la creación en la plantilla orgánica del centro de las plazas necesarias para recoger la contratación temporal de personal para reducción de lista de espera.

El importe a financiar vendrá determinado por la incidencia que la actividad adicional haya tenido en las partidas correspondientes de gastos de personal, bienes y servicios, con respecto a los inicialmente previstos, debiendo quedar debidamente acreditada.

El Hospital Universitario de Getafe deberá remitir a la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, antes de los diez primeros días de cada mes, la cantidad abonada en el mes anterior por los distintos conceptos salariales debidos a la actividad extraordinaria realizada. Además, se facilitará desglosado por categorías y especialidades, el listado de personal que ha estado contratado para estas actuaciones durante el mes anterior indicando los días contratados.

Así mismo, mensualmente remitirá a la Dirección General Asistencial la actividad realizada conforme a dichos créditos en el modelo normalizado establecido a tal efecto.

4. Respecto de la facturación y cobros del Hospital Universitario de Getafe se tendrá en cuenta tanto lo facturado por asistencia sanitaria de terceros obligados al pago como por prestación de servicios no sanitarios, del ejercicio actual con respecto al ejercicio anterior.
5. Se establece el compromiso mutuo de ambas partes de facilitar los medios posibles para hacer efectiva la evaluación del resultado de consecución de los objetivos que se incluyen en el presente contrato, así como de los objetivos incluidos en los acuerdos de gestión de las unidades y los individuales que se establezcan.



Para dejar constancia del compromiso de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente contrato, las partes lo firman electrónicamente en Madrid, en la fecha que figura en la marca de la propia firma.

La Viceconsejera de Sanidad y Directora
General del Servicio Madrileño de Salud

La Directora Gerentet del Hospital
Universitario de Getafe

D^a Laura Gutiérrez Barreno

D^a. Zita Quintela González



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/evy>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

ANEXO I

| PERSPECTIVA | OBJETIVO | INDICADOR 25 | PUNTUACIÓN |
|---|--|--|------------|
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.1 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAP. I | 01 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. I. | 12 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH | 02 REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES A RRHH, EN TIEMPO Y FORMA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS | 2 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH | 03 PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH | 04 PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON SERVICIOS PRESTADOS PUBLICADOS SUPERIOR AL 95 PORCENTAJE | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH | 05 PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DATOS REPS CUMPLIMENTADOS SUPERIOR AL 98 PORCENTAJE | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH | 06 PORCENTAJE DE CONVOCATORIAS EN LA WEB COMUNIDAD.MADRID | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH | 07 PORCENTAJE DE INFORMES REMITIDOS EN PLAZO PARA LA FORMACIÓN DE EXPEDIENTES JUDICIALES A REMITIR A JUZGADOS Y TRIBUNALES | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA GESTIÓN ECONÓMICA | 08 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. II | 11 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA GESTIÓN ECONÓMICA | 09 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO | 10 COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA) | 4 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO | 11 PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON BIOSIMILARES DE ALTO IMPACTO | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO | 12 PORCENTAJE DE ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS EFG RESPECTO AL TOTAL (PORCENTAJE EFG AQP) | 1,5 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO | 13 OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) | 0,5 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO | 14 EFICIENCIA EN RECETA | 2 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.5 INCREMENTAR LOS REGISTROS SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB | 15 INDICADOR SINTETICO DE CALIDAD DE REGISTRO SIFCO | 1 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.6 ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA | 16 RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES | 0,5 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.6 ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA | 17 RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS | 0,5 |
| 01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS | 1.7 ADECUADA IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA | 18 RELACIÓN DE REGISTROS CON IDENTIFICACIÓN CIPA | 1 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL | 19 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA | 2 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL | 20 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN | 0,5 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE | 21 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL Y DERECHO SANITARIO | 2 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE | 22 PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE TRATO PERSONAL INADECUADO FRENTE AL AÑO ANTERIOR | 0,5 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE | 23 PORCENTAJE DE RECLAMACIONES CERRADAS POR DEBAJO DE 30 DÍAS NATURALES | 0,5 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA | 24 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS | 3 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA | 25 IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA | 0,5 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA | 26 SESIONES SOBRE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD PARA PACIENTES | 0,5 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | 27 DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL EN LEQ, LEC Y LET | 4 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | 28 PACIENTES QUIRÚRGICOS/CONSULTAS DIANA SIN INTERVENIR/PROGRAMAR | 4 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | 29 RENDIMIENTO DE QUIROFANO | 1 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | 30 PACIENTES CON DEMORA SUPERIOR A 90 DÍAS EN LEC | 2 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | 31 ÍNDICE SUCEVAS/PRIMERAS | 1 |
| 02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS | 2.5 PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES | 32 COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE DE PERSONAL SANITARIO | 1 |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161



| PERSPECTIVA | OBJETIVO | INDICADOR 25 | PUNTAJACIÓN |
|----------------------------|--|--|-------------|
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN | 33 AMBULATORIZACIÓN SEGÚN NORMA | 2 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN | 34 IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA) | 2 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN | 35 PORCENTAJE DE INGRESO/ PORCENTAJE DE REINGRESO URGENCIAS | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN | 36 PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA ANTES DELAS 13:00 H | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.2 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | 37 PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLANES DE CUIDADOS | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.2 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | 38 PORCENTAJE DE INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.3 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES | 39 MANEJO DEL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.3 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES | 40 MANEJO DEL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.3 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES | 41 PROMOCIÓN DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.4 MEJORA DE LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL CON RESIDENCIAS | 42 CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE USUARIOS DE RESIDENCIAS DE MAYORES HOSPITALIZADOS | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.5 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES | 43 POTENCIACIÓN DE LAS DONACIONES (SINTÉTICO) | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.5 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES | 44 CITACIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON RIESGO SUICIDA EN CENTRO DE SALUD MENTAL (CITACIÓN ARSUIC) | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.5 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES | 45 PORCENTAJE DE PACIENTES INCLUIDOS EN SISTEMA DIGITAL ARSUIC (APLICABLE A SERVICIOS EN LOS QUE SE HA IMPLANTADO EL SISTEMA) | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.5 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES | 46 GRADO DE IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA/ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LOS OBJETIVOS DE ALCANCE LOCAL DEL PLAN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2022-2024 Y DEL PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 2022-2026 DE LA COMUNIDAD DE MADRID | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.5 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES | 47 REUNIONES DE COORDINACIÓN DEL ESH O BIEN DEL UCPEM CON LOS ECEP DE SU ZONA DE INFLUENCIA/REUNIONES ATENCION PEDIATRICA | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.6 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NÍVELES ASISTENCIALES | 48 PORCENTAJE DE E-CONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 H | 0,5 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.6 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NÍVELES ASISTENCIALES | 49 PORCENTAJE DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA | 0,5 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.6 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NÍVELES ASISTENCIALES | 50 PORCENTAJE DE VPE VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD | 0,5 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.6 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NÍVELES ASISTENCIALES | 51 PORCENTAJE DE SM VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD | 0,5 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.7 REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS | 52 INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.7 REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS | 53 VIGILANCIA STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM) | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.8 AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 54 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 1,5 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.8 AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 55 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS | 1,5 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.8 AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 56 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR | 1 |
| 03 MEJORA DE PROCESOS | 3.9 CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD | 57 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD | 1,5 |
| 04 INNOVACION Y DESARROLLO | 4.1 PROMOVER LA PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN INDICADORES Y DATOS DE SALUD | 58 PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN/ADECUACIÓN/NORMALIZACIÓN | 1 |
| 04 INNOVACION Y DESARROLLO | 4.2 ACTUALIZACIÓN REGISTROS ASISTENCIALES | 59 CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CÓDIGOS ASISTENCIALES | 1 |
| 04 INNOVACION Y DESARROLLO | 4.3 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES | 60 PORCENTAJE DE ACTIVIDADES FORMATIVAS DESARROLLADAS EN FORMATO NO PRESENCIAL (AULAS VIRTUALES, VIDEOCONFERENCIAS, CURSOS FORMATO ONLINE Y ACTIVIDADES MIXTAS), RESPECTO AL TOTAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, EN EL CENTRO | 1,5 |
| 04 INNOVACION Y DESARROLLO | 4.3 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES | 61 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, GESTIONADO POR DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL CENTRO | 1,5 |
| 04 INNOVACION Y DESARROLLO | 4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN | 62 NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU) | 1,5 |
| 04 INNOVACION Y DESARROLLO | 4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN | 63 NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS | 1,5 |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

FICHAS INDICADORES

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

OBJETIVO 1.1: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO I

INDICADOR 1: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA CAPÍTULO I

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | Gasto computable en Cap. I, a efectos del CP 2025/ objetivo presupuestario de gasto en Cap. I asignado en CP 2025 |
| NUMERADOR: | Gasto computable en Cap. I, a efectos del Contrato Programa 2025 |
| DENOMINADOR: | Objetivo presupuestario de gasto en Capítulo I asignado en el Contrato Programa de 2025 |
| FUENTE DE DATOS: | Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales |
| COMENTARIOS: | A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el Contrato Programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc... |
| META: | Resultado igual o inferior a 1 (100 %) |
| EVALUACIÓN: | <p>La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales asignando una puntuación del 100 % del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100 %.</p> <p>Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100 %.</p> <p>Para calcular el límite del resultado con el que se alcance una evaluación positiva se utilizará la media de cumplimiento de este objetivo por el conjunto</p> |



| OBJETIVO 1.2: MEJORAR LA GESTIÓN DE RR.HH. | |
|--|--|
| INDICADOR 2: REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS, EN TIEMPO Y FORMA | |
| FÓRMULA: | Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses |
| NUMERADOR: | |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR. |
| COMENTARIOS: | <p>ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGRM y remitir la información antes del día 28 de cada mes.</p> <p>ACCIÓN 2: Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes.</p> <p>ACCION 3: Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>ACCION 4: Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>Se valorará la calidad de la información remitida. Así mismo, se tendrá en consideración para la evaluación, la solicitud en tiempo y de forma expresa, de la demora en la entrega por parte del centro por circunstancias excepcionales.</p> |
| META: | 100% |
| EVALUACIÓN: | <p>Para cada una de las acciones será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo. - Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año. |

| INDICADOR 3: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT | |
|--|--|
| FÓRMULA: | $\% \text{ de sustitución de ausencia por IT del centro} / ((\% \text{ de sustitución del grupo del hospitales del ejercicio 2023}) * 0,95)$ |
| NUMERADOR: | Porcentaje de sustitución de ausencias por IT del centro |
| DENOMINADOR: | El 95 % del porcentaje de sustitución de ausencias por IT del grupo de hospitales del ejercicio 2024 |
| FUENTE DE DATOS: | DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES |
| COMENTARIOS: | Los datos de absentismo y sustitución de ausencias se recogen en 9 grupos profesionales. En la fórmula de evaluación se utilizará, tanto en el numerador como en el denominador, una media ponderada de los datos de las 9 agrupaciones profesionales. |
| META: | Menor o igual a 1. |
| EVALUACIÓN: | <p>Menor o igual 1: 1 punto</p> <p>Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5</p> <p>Valores superiores a 1,5: 0 puntos</p> |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

INDICADOR 4: REVISIÓN DE DATOS DE SERVICIOS PRESTADOS DE LOS PROFESIONALES

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | % de profesionales con SSPP revisados y publicados en la Base de Datos de SSPP respecto al Total de profesionales del centro |
| NUMERADOR: | Nº de profesionales con SSPP revisados y publicados en la BD de SSPP |
| DENOMINADOR: | Total de profesionales del centro |
| FUENTE DE DATOS: | DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES |
| COMENTARIOS: | <p>La Base de Datos de SSPP es el repositorio que recoge la experiencia profesional de todo el Sermas.</p> <p>Se calcula partiendo de los datos recogidos en los Sistemas de Gestión de RRHH y se modifica incorporando paulatinamente los movimientos del personal.</p> <p>Cada centro revisa y corrige, a través de la aplicación Peoplenet, la información calculada y cuando todo es correcto marca al profesional como "publicado".</p> <p>Cuando tras una modificación de contrato o de situación la información de SSPP cambia, el centro debe revisar los cambios y volver a publicar al profesional.</p> <p>Se trata de mantener la Base de datos revisada.</p> |
| META: | Mayor o igual al 90% |
| EVALUACIÓN: | <p>Se verificará la situación al final de cada trimestre de manera que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantenga el % mayor o igual al 90%, en 2 trimestres o más --> 1 punto • Otra situación --> 0 puntos |

INDICADOR 5: REMISIÓN DE DATOS AL REPS (Registro Estatal de Profesionales Sanitarios)

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | % de profesionales registrados en REPS respecto al Total de profesionales sanitarios del centro |
| NUMERADOR: | Nº de profesionales registrados en REPS |
| DENOMINADOR: | Total de profesionales sanitarios del centro |
| FUENTE DE DATOS: | DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES |
| COMENTARIOS: | <p>Una vez todos los profesionales sanitarios de centros Peoplenet o eMind, quede correctamente remitida al REPS, es necesario mantener la información actualizada para que las nuevas incorporaciones se vayan registrando también.</p> <p>Para ello es necesario registrar en Peoplenet la titulación de los profesionales sanitarios que se van incorporando y asegurarse de que la información se remite correctamente al REPS y el profesional queda registrado.</p> <p>Este objetivo para los centros con sistema de gestión Sirius (Centro de Transfusión, H. Doctor Rodríguez Lafora, H. El Escorial, H. G. U. Gregorio Marañón, H. Guadarrama, H. U. Jose Germain, H. Virgen de la Poveda), aplicará en función de la rapidez y calidad de la respuesta recibida a cuantos requerimientos haya desde la DG de este tipo de información.</p> |
| META: | Mayor o igual al 95% |
| EVALUACIÓN: | <p>Se verificará la situación al final de cada trimestre de manera que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantenga el % mayor o igual al 95%, durante todo el año --> 1 punto • Otra situación --> 0 puntos |



INDICADOR 6: % DE CONVOCATORIAS EN LA WEB COMUNIDAD.MADRID

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | % DE CONVOCATORIAS PUBLICADAS ENTRE LAS CONVOCADAS |
| NUMERADOR: | CONVOCATORIAS PUBLICADAS *100 |
| DENOMINADOR: | TOTAL DE CONVOCATORIAS EFECTUADAS |
| FUENTE DE DATOS: | DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES. UNIDAD DE BOLSA |
| COMENTARIOS: | El objetivo es conseguir que los centros publiquen en la web para dar mayor información y visibilidad a las ofertas de trabajo al personal facultativo, notificándolo a la Dirección General |
| META: | 100% |
| EVALUACIÓN: | 100%: 1 punto 75% a 100%: 0,7 puntos 50% a 75%: 0,5 puntos 50% a 0: 0 puntos |

INDICADOR 7: % DE INFORMES REMITIDOS EN PLAZO PARA LA FORMACIÓN DE EXPEDIENTES JUDICIALES A REMITIR A JUZGADOS Y TRIBUNALES

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Número de informes remitidos en plazo/Número de informes requeridos |
| NUMERADOR: | Número de informes remitidos en plazo |
| DENOMINADOR: | Número de informes requeridos por el Área de Recursos y Actuaciones Jurídicas de la S.G. de Relaciones Laborales |
| FUENTE DE DATOS: | DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES. |
| COMENTARIOS: | Los Juzgados y Tribunales requieren la remisión del correspondiente expediente judicial con una antelación mínima de 15 días hábiles anteriores a la vista. Para la formación del expediente judicial se requiere a los centros la remisión de un informe a demanda con antelación suficiente para el cumplimiento de dicho plazo. |
| META: | Igual a 1 |
| EVALUACIÓN: | Igual 1: 1 punto. Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5 Valores superiores a 1,5: 0 puntos |





| OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II | |
|--|---|
| INDICADOR 8: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO II | |
| FÓRMULA: | Gasto real ajustado 2025/Gasto real Ajustado 2024 |
| NUMERADOR: | Gasto Real ajustado 2025 |
| DENOMINADOR: | Gasto real Ajustado 2024 |
| FUENTE DE DATOS: | Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia. |
| COMENTARIOS: | El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2025 y previa aprobación de la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras. |
| META: | 1,05 |
| EVALUACIÓN: | 1'05 o menos = cumplimiento 100% Por encima de 1,05 el cumplimiento es 0. |
| INDICADOR 9: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO | |
| FÓRMULA: | Facturación a terceros 2025/Facturación a terceros 2024 |
| NUMERADOR: | Facturación a terceros del centro realizada en 2025 |
| DENOMINADOR: | Facturación a terceros del centro realizada en 2024 |
| FUENTE DE DATOS: | Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia. |
| COMENTARIOS: | La facturación a terceros está referida tanto a la realizada por asistencia sanitaria como no sanitaria. Aquellos Hospitales que no tengan datos de facturación, este punto será sumado al Indicador del cumplimiento del objetivo de gasto de capítulo II (Hospital de la Fuenfría, Hospital Virgen de la Poveda, Hospital de Guadarrama y Hospital Rodríguez Lafora y Hospital José Germain). |
| META: | 1 |
| EVALUACIÓN: | Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0 Entre 0,8 y 1, proporcionalmente Por encima de 1 cumplimiento = 100% |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO

INDICADOR 10: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA)

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Coste acumulado de principios activos de alto impacto en pacientes externos |
| DENOMINADOR: | Paciente dispensado medio con patología de alto impacto |
| FUENTE DE DATOS: | Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) |
| COMENTARIOS: | Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2025 (Peso porcentual 6) |
| META: | Tendencia favorable: descendente |
| EVALUACIÓN: | Trimestral (Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2025) |

INDICADOR 11: PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON BIOSIMILARES DE ALTO IMPACTO

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Número de pacientes totales en tto. con Infliximab, Etanercep, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv, Ranibizumab, Tocilizumab, Eculizumab, Natalizumab y Ustekinumab biosimilar. |
| DENOMINADOR: | Número total de pacientes en tto. con Infliximab, Etanercep, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv, Ranibizumab, Tocilizumab, Eculizumab, Natalizumab y Ustekinumab (biosimilar + no biosimilar). |
| FUENTE DE DATOS: | Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) |
| COMENTARIOS: | Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2025 (Peso porcentual 1) |
| META: | Tendencia favorable: ascendente |
| EVALUACIÓN: | Trimestral (Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2025) |

INDICADOR 12: PORCENTAJE DE AQUISICIONES DE MEDICAMENTOS EFG RESPECTO AL TOTAL (% EFG AQD)

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Adquisiciones de medicamentos EFG (unidades EFG) |
| DENOMINADOR: | Adquisiciones totales de CTAEM1 que contienen UN EFG (unidades totales) |
| FUENTE DE DATOS: | Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid) |
| COMENTARIOS: | Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2025 (Peso porcentual 0.5) |
| META: | Tendencia favorable: ascendente |
| EVALUACIÓN: | Trimestral (Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2025) |



| INDICADOR 13 : OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) | |
|--|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Actividad anual para considerar PROA activo teniendo en cuenta las Normas de Certificación de Equipos PROA Hospitalarios elaboradas por el Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos (PRAN) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Ministerio de Sanidad. |
| DENOMINADOR: | Indicador para promover el desarrollo y certificación de las actividades de los PROA en el ámbito hospitalario. |
| FUENTE DE DATOS: | Registro Específico a través de un Formulario online/CertificaPROA. |
| COMENTARIOS: | Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2025 (Peso porcentual 0.5) |
| META: | 100% <i>Se justificará y ponderará según las actividades indicadas y desarrolladas en el Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2025.</i> |
| EVALUACIÓN: | Anual <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2025)</i> |
| INDICADOR 14: EFICIENCIA EN RECETA | |
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | <u>Acción 1</u> : Prescripción de Principios activos con EFG (% Envases). <u>Acción 2</u> : Porcentaje de pacientes con insulina glargina, enoxaparina y teriparatida biosimilar. <u>Acción 3</u> : Porcentaje de importe evitable en medicamentos con perfil de eficacia y seguridad similar. |
| DENOMINADOR: | <u>Acción 1-3</u> : indicadores de continuidad asistencial para promocionar los medicamentos que contribuyen a la sostenibilidad del sistema fomentando la prescripción eficiente. |
| FUENTE DE DATOS: | Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid) |
| COMENTARIOS: | Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2025 (Acciones 1-2: Peso porcentual 1 y Acción 3: peso porcentual 2) |
| META: | Tendencia favorable: ascendente |
| EVALUACIÓN: | Trimestral <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2025)</i> |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

OBJETIVO 1.5 INCREMENTAR LOS REGISTRSO SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB (SINTÉTICO)

INDICADOR 15A: OPTIMIZACION REGISTRO SIFCO HOSPITALES CON CSUR

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Total de Registros Finalizados (en el periodo de evaluación) |
| DENOMINADOR: | Total de Registros Recibidos |
| FUENTE DE DATOS: | SIFCO-WEB |
| COMENTARIOS: | Registros recibidos: Solicitados por CCAA de origen a fecha de autorización |
| | Registro finalizado: Registro con fecha de finalización y con estado de atención registrada. |
| META: | Igual o superior al 80% |
| EVALUACIÓN: | Sobre los Datos del último cierre de SIFCO disponible. |

INDICADOR 15B: CALIDAD REGISTRO HOSPITALIZACION SIFCO HOSPITALES CON CSUR

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Total Asistencias Compensadas en Hospitalización (Anexo I y III) |
| DENOMINADOR: | Total de Asistencias finalizadas en Hospitalización (Anexo I y III) |
| FUENTE DE DATOS: | SIFCO-WEB |
| COMENTARIOS: | Asistencias Compensadas: Aquellas están dentro de los GRDs listados por el Ministerio |
| | Asistencias Finalizadas: Atenciones de hospitalización con fecha de finalización y con estado de atención registrada. |
| META: | Igual o superior al 60% |
| EVALUACIÓN: | Este objetivo se valorará siempre y cuando se cumpla el 1.4. En caso de no cumplirse el 1.4, se darán por no cumplido cumplidos ambos |



| OBJETIVO 1.6: ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA | |
|--|---|
| INDICADOR 16: RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES | |
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº de registros ajustados facturables |
| DENOMINADOR: | Nº de registros declarados |
| FUENTE DE DATOS: | Auditoría de la Actividad del Balance Intercentros |
| COMENTARIOS: | <p>Adequar la correcta documentación de la información clínica que evidencia (de forma ajustada al Manual de Facturación Intercentros_MFI) la actividad clínica asistencial realizada a los pacientes de las cápitras de los hospitales de gestión indirecta para poder realizar un cálculo del Balance Intercentros lo más preciso posible.</p> <p>La valoración del indicador se realizará con los datos disponibles de la auditoría de actividad de los hospitales de gestión directa e indirecta del ejercicio disponible en el año en curso a aplicar, esto es, el ejercicio cerrado previo. Se aplicará en el CP25 con los datos de la auditoría de 2024 al no poder tener una aplicación retroactiva este indicador.</p> <p>Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales 100% si se alcanza la meta</p> |
| INDICADOR 17: RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS | |
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº de informes clínicos digitales válidos (conforme al MFI) disponibles en HORUS |
| DENOMINADOR: | Nº total de registros de actividad clínica declarada |
| FUENTE DE DATOS: | HORUS |
| COMENTARIOS: | <p>La valoración del indicador se realizará con los datos disponibles de la auditoría de actividad de los hospitales de gestión directa e indirecta del ejercicio disponible en el año en curso a aplicar, esto es, el ejercicio cerrado previo. Se aplicará en el CP25 con los datos de la auditoría de 2024 al no poder tener una aplicación retroactiva este indicador.</p> <p>Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales</p> |
| META: | Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales |
| EVALUACIÓN: | 100% si se alcanza la meta |

| OBJETIVO 1.7 : ADECUADA IDENTIFICACION DE LOS USUARIOS DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA | |
|--|--|
| INDICADOR 18: RELACIÓN DE REGISTROS CON IDENTIFICACIÓN CIPA | |
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº de registros con CIPA |
| DENOMINADOR: | Nº de registros declarados |
| FUENTE DE DATOS: | CMBD, SICYT, SIP-CIBELES |
| COMENTARIOS: | <p>Se valorará el porcentaje de cumplimentación y adecuación de la información referente al número de identificación autonómica (código de identificación personal autonómico, CIPA) aportada en los registros declarados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) y Sistema de Información sobre Consultas y Técnicas (SICYT) cruzados con la base de datos del sistema de información poblacional autonómico (SIP-CIBELES) a ejercicio visto.</p> <p>La aplicación del indicador del adecuado registro del identificador CIPA se realizará cruzando las declaraciones anuales de CMBD y SICYT con la base de datos SIP-CIBELES en tal ejercicio. Se aplicará en el CP2025 los datos de los registros correspondientes a las declaraciones de la actividad de 2024</p> |
| META: | 100% de los registros |
| EVALUACIÓN: | 100% si se alcanza la meta. |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS

| 2.1 OBJETIVO: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL. | |
|--|---|
| INDICADOR 19: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida. | |
| FÓRMULA | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR | Nº de acciones de calidad percibida-que alcanzan la meta establecida. |
| DENOMINADOR | Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3). |
| FUENTE DE DATOS | Acción 1. Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2025. Acción 2 y 3. Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP). |
| COMENTARIOS | Acciones propuestas: Acción 1: Satisfacción global con la atención recibida en 2025. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados). Acción 2: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2024. Al menos 1 por segmento, de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, con la participación del Comité de Calidad Percibida; salvo que se justifique su no realización en algunos casos por satisfacción global >=95%. Acción 3: Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son: Grupo 1 y 2; Apoyo; Media Estancia y Psiq: · Desarrollo de al menos 1 técnica cualitativa (observación participante, grupos focales...) para conocer la opinión de los pacientes en 2025 · Desarrollo de 1 acción de mejora derivada de reunión con profesionales de urgencias/servicio crítico para la gerencia, realizada en 2024 · Promover la participación de los pacientes en el comité de calidad percibida (si el centro tiene un Comité de pacientes, que se aborden temas relacionados con la calidad percibida) Grupo 3: Además de las anteriores 1 acción de mejora derivada de la entrevista semiestructurada a pacientes clave realizada en 2024. |
| META | Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o >=90%. Acción 2: - Grupos 1, 2 y 3: 5 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2024. - Media estancia: 3 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2024. - Apoyo y Psq: 2 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2024. Acción 3: - Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 3 prioritarias. - Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 4 prioritarias. - Apoyo; Media estancia y Psq: 3 líneas incluyendo las prioritarias. |
| EVALUACIÓN | Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. |
| INDICADOR 20: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización | |
| FÓRMULA | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR | Nº de acciones para mejorar los resultados clave de la organización que alcanzan la meta establecida. |
| DENOMINADOR | Nº total de acciones propuestas (3). |
| FUENTE DE DATOS | Acción 1: Observatorio de Resultados Acción 2 y 3: Autodeclarado y validado por la SGCASP. |
| COMENTARIOS | Acciones propuestas: Acción 1: Cumplir con los indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente y alcanzar el estándar. El estándar en indicadores ajustados se considera RME ≤1 o bien que el IC comprenda el 1; y en indicadores no ajustados P65 del grupo. Acción 2: Revisar en una reunión del equipo directivo los últimos resultados publicados en el año 2025. Además, si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). Acción 3. Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio. |
| META | Acción 1: >=90% de los indicadores. Acción 2: Informe de revisión con las acciones de mejora en todos los indicadores que no alcancen el estándar. Acción 3: Identificación y propuesta de una buena práctica. |
| EVALUACIÓN | Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. |



| OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE | |
|---|---|
| INDICADOR 21: Porcentaje de acciones desarrolladas de Bioética Asistencial y Derecho Sanitario | |
| FÓRMULA: | Porcentaje de acciones que alcanzan la meta establecida |
| NUMERADOR: | Acción 1 + Acción 2 + Acción 3 |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | Autodeclarado por el centro y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente |
| COMENTARIOS: | Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: Asignación de un referente de Revisión, adecuación y registro de los Documentos de Información y Consentimiento Informado en el centro Acción 2: Disminuir la demora para asignar la cita para el otorgamiento de IIPP Acción 3: Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS |
| META: | Acción 1: Remisión de la designación del Referente de Revisión, adecuación y registro de los Documentos de Información y Consentimiento Informado en el centro Acción 2: Conseguir que el 70% de las citas para tramitar IIPP se asignen con una demora menor de un mes Acción 3: Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS |
| EVALUACIÓN: | 100% (Actividad 1: 50 % + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 20%) |

| INDICADOR 22: Porcentaje de disminución de las reclamaciones de trato personal inadecuado frente al año anterior | |
|---|--|
| FÓRMULA: | $(N^{\circ} \text{ RECLAMACIONES POR MOTIVO TRATO EN 2025} - N^{\circ} \text{ RECLAMACIONES EN 2024, POR EL MISMO MOTIVO}) * 100 / N^{\circ} \text{ RECLAMACIONES DE TRATO DE 2024}$ |
| DIVIDENDO | $N^{\circ} \text{ RECLAMACIONES POR MOTIVO TRATO EN 2025} - N^{\circ} \text{ RECLAMACIONES EN 2024, POR EL MISMO MOTIVO}$ * 100 |
| DIVISOR | $N^{\circ} \text{ RECLAMACIONES DE TRATO DE 2024}$ |
| FUENTE DE DATOS: | Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK |
| COMENTARIOS: | A pesar de ser un indicador que lleva varios años incluidos en el contrato programa, es oportuno mantenerlo, ya que subraya la importancia de una atención sanitaria humanizada, donde la empatía, la comunicación efectiva y el respeto por la individualidad del paciente son fundamentales y sensibiliza al personal sanitario sobre la importancia de brindar una atención de calidad desde una perspectiva humana y respetuosa. |
| META: | <ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones de trato= 0 o reducción de $\geq 25\%$ cumplimiento del 100% • Reducción de ≥ 15 a $< 25\%$= 75% • Reducción de ≥ 10 a $< 15\%$= cumplimiento del 50% • Reducción de ≥ 5 a $< 10\%$= cumplimiento del 25% |
| EVALUACIÓN: | 0,5 puntos |

| INDICADOR 23: porcentaje de reclamaciones cerradas por debajo de 30 DÍAS NATURALES | |
|---|--|
| FÓRMULA: | $\text{Número de reclamaciones cerradas 2025 en menos de 30 DÍAS NATURALES} * 100 / \text{Número de reclamaciones cerradas 2025.}$ |
| DIVIDENDO | $\text{Número de reclamaciones cerradas 2025 en menos de 30 DÍAS NATURALES}$ * 100 |
| DIVISOR | $\text{Número de reclamaciones cerradas 2025.}$ |
| FUENTE DE DATOS: | Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK |
| COMENTARIOS: | Tal y como indica el artículo 5 de la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, todas las reclamaciones deben ser contestadas en el plazo de 30 días hábiles desde la fecha en que fue interpuesta. Con el presente indicador, se pretende incentivar, a aquellos centros que incorporan una mejora en el tiempo de respuesta, que redunde en una mejora de la calidad percibida por el ciudadano al tener la contestación a su reclamación en el menor tiempo posible. |
| META: | 75% de las reclamaciones cerradas en 30 DÍAS NATURALES |
| EVALUACIÓN: | 0,5 puntos |
| META: | Tendencia descendente del índice respecto al año anterior. Valor negativo de la diferencia. |



OBJETIVO 2.3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA (2025) HOSPITALES

INDICADOR 24: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la estrategia de humanización en los centros

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | PORCENTAJE DE ACCIONES CUMPLIMENTADAS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS |
| NUMERADOR: | ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3 + ACCIÓN 4 |
| DENOMINADOR: | Nº total de acciones propuestas |
| FUENTE DE DATOS: | Autodeclarado por el centro y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente |
| COMENTARIOS: | Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: cumplimentación del formulario del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2025 Acción 2: Registro y remisión de evidencias a través del formulario SER+HUMANO 2025 Acción 3: Registro y remisión del informe de desarrollo de las Rondas de Humanización. Acción 4: Constitución de comité / grupo de trabajo de sujeciones en el centro de acuerdo a las recomendaciones de la SGHBIAP. |
| META: | Actividad 1: cumplimentación del formulario SER+Humano 2025 Actividad 2: Cumplimentación de las columnas "Evidencias en el centro" del formulario SER+Humano 2025 Actividad 3: Remisión de los informes de tres rondas de humanización Actividad 4: remisión del acta de constitución del comité/grupo de trabajo |
| EVALUACIÓN: | 100% (Actividad 1: 25% + Actividad 2: 25% + Actividad 3: 25%+ Actividad 4: 25%+) |

INDICADOR 25: Implementación de recomendaciones de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en los informes de alta de enfermería

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Inclusión de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en el informe de alta de enfermería |
| NUMERADOR: | Nº de informes de alta de Enfermería con recomendación EMS en el periodo de estudio |
| DENOMINADOR: | Nº total de informes de alta de Enfermería en el periodo de estudio |
| FUENTE DE DATOS: | Sistema de información Historia Clínica del hospital/SUMMA112 |
| COMENTARIOS: | La Escuela Madrileña de Salud pone a disposición de la ciudadanía recursos online educativos de alfabetización en salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual, 24 horas al día, 365 días al año: (https://escueladesalud.comunidad.madrid/). Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadoras y cuidadores y ciudadanía, en general, es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial. El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía |
| META: | > 70% |
| EVALUACIÓN: | Se realizará muestreo centralizado de informes de alta de enfermería |

INDICADOR 26: Sesiones sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | Realización de sesiones con profesionales sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud |
| NUMERADOR: | Nº de sesiones organizadas por el centro sanitario destinadas a profesionales para informar sobre los recursos disponibles de la Escuela Madrileña de Salud |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | Autodeclarado |
| COMENTARIOS: | La Escuela Madrileña de Salud pone a disposición de la ciudadanía recursos online educativos de alfabetización en salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual, 24 horas al día, 365 días al año: (https://escueladesalud.comunidad.madrid/). Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadoras y cuidadores y ciudadanía, en general, es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial. El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía. |
| META: | Al menos 2 al año |
| EVALUACIÓN: | Acta de las reuniones |



OBJETIVO 2.4: MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

INDICADOR 27: DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL EN LEQ, LEC Y LET

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Demora media estructural a fecha de corte |
| NUMERADOR: | Σ de días (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro) – días en TNP/demora voluntaria |
| DENOMINADOR: | Número de pacientes en LE Estructural |
| FUENTE DE DATOS: | RULEQ / SICYT |
| COMENTARIOS: | En Consultas y Técnicas, la fecha de inicio de cómputo es la mayor entre la fecha de indicación y la fecha de demora voluntaria. La fecha de fin de cómputo es la fecha de corte, excepto en los casos de última espera con aplazamiento por motivos del paciente, en los que se considera la menor entre fecha de corte y fecha de hueco. Los servicios y técnicas que se consideran para el cálculo del indicador se pueden consultar en la Herramienta de Gestión y Planificación Sanitaria del SERMAS. |
| META: | < 45 días en las 3 listas |
| EVALUACIÓN: | El reparto del peso por lista será: <ul style="list-style-type: none"> - Quirúrgica 1 puntos de 4 - Consultas primeras 2 punto de 4 - Técnicas primeras 1 punto de 4 El cumplimiento se evaluará por cada una de las listas, de la siguiente manera: 100% si DME < 45 en fecha de corte 31-12-2025 60% si DME < 55 en fecha de corte 31-12-2025 25% si DME en fecha de corte de 31-12-2025 < DME en fecha de corte de 31-12-2024. |

INDICADOR 28: PACIENTES QUIRÚRGICOS DIANA SIN INTERVENIR

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Porcentaje de pacientes Diana no intervenidos |
| NUMERADOR: | Número de pacientes en LEQ Estructural con fecha límite de intervención cumplida |
| DENOMINADOR: | Número de pacientes en LEQ Estructural |
| FUENTE DE DATOS: | RULEQ |
| COMENTARIOS: | Indicador que mide el cumplimiento del plazo de garantía de Intervención Quirúrgica. El objetivo es terminar cada mes sin pacientes pendientes de intervenir con plazo de garantía cumplido. |
| META: | 0% |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa el último día de cada mes: 2 puntos si la medición en diciembre es 0% 2 puntos si la medición en al menos 3 meses diferentes de diciembre es 0% |



INDICADOR 29: RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Porcentaje de tiempo utilizado de quirófano respecto al asignado |
| NUMERADOR: | Tiempo de actividad quirúrgica (hora salida quirófano - hora entrada quirófano) |
| DENOMINADOR: | Tiempo de asignación quirúrgica |
| FUENTE DE DATOS: | Fichero de quirófanos |
| COMENTARIOS: | Se tiene en cuenta la asignación en jornada ordinaria. Se presume una asignación mínima en jornada ordinaria de 8,00 a 15,00. Se tiene en cuenta la actividad programada en jornada ordinaria. Los servicios que computan en el indicador son Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología. |
| META: | >75% |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa con el cierre del año 2025: 0,5 puntos si la medición final es superior a 75% 0,5 puntos si la medición final es superior que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,5 puntos si la medición final es superior que la medición de 2024 La puntuación máxima es 1 puntos |

INDICADOR 30: PACIENTES CON DEMORA SUPERIOR A 90 DÍAS EN LEC

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Porcentaje de pacientes de más de 90 días en LEC |
| NUMERADOR: | Número de pacientes en LEC Estructural con demora a fecha de corte superior a 90 días |
| DENOMINADOR: | Número de pacientes en LEC Estructural |
| FUENTE DE DATOS: | SICYT |
| COMENTARIOS: | La fecha de inicio de cómputo es la mayor entre la fecha de indicación y la fecha de demora voluntaria. La fecha de fin de cómputo es la fecha de corte, excepto en los casos de última espera con aplazamiento por motivos del paciente, en los que se considera la menor entre fecha de corte y fecha de hueco. Los servicios que se consideran para el cálculo del indicador se pueden consultar en la Herramienta de Gestión y Planificación Sanitaria del SERMAS. |
| META: | <10% |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa el último día de cada mes: 2 puntos si la medición de diciembre es menor de 10% 1 punto si la medición de diciembre está entre 10% y 20% 0,5 puntos si la medición de diciembre de 2025 es menor que la medición de diciembre de 2024 El máximo de puntuación son 2 puntos |



INDICADOR 31: INDICE SUCESIVAS/PRIMERAS

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | Índice Consultas Sucesivas / Consultas Primeras |
| NUMERADOR: | Número de Consultas Sucesivas Realizadas |
| DENOMINADOR: | Número de Primeras Consultas Realizadas |
| FUENTE DE DATOS: | SICYT |
| COMENTARIOS: | Índice resultante de la comparación entre Consultas Sucesivas y Consultas Primeras. Se tendrán en cuenta para el indicador las consultas realizadas por los servicios de Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Aparato Digestivo, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Rehabilitación, Traumatología y Urología |
| META: | < 2 |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa el último día de cada mes: 0,5 puntos si la medición de diciembre es menor de 2 0,5 puntos si la medición de diciembre es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,5 puntos si la medición de diciembre de 2025 es menor que la medición de diciembre de 2024 La puntuación máxima es 1 punto |





| OBJETIVO 2.5 PROTEGER A LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y PACIENTES | |
|--|---|
| INDICADOR 32: Cobertura de vacunación de gripe de trabajadores sanitarios | |
| FÓRMULA: | $(\text{numerador}/\text{denominador}) * 100$ |
| NUMERADOR: | N.º trabajadores vacunados |
| DENOMINADOR: | N.º trabajadores sanitarios en activo durante la campaña de vacunación frente a la gripe. |
| FUENTE DE DATOS: | Registro de vacunas SISPAL y listados de profesionales en activo el inicio de campaña de vacunación frente a la gripe en octubre del año en curso y hasta el 15 de enero siguiente. |
| COMENTARIOS: | Para el numerador se contabilizarán todas las personas que, estando incluidas en el denominador, consten como vacunadas en el registro de vacunas, independientemente de dónde se ha administrado. En el denominador se contabilizarán los trabajadores sanitarios y sociosanitario que desempeñen su trabajo en los centros y servicios del Servicio Madrileño de Salud, independientemente de su vinculación laboral. Se incluye el personal de gestión y servicios. El indicador se realizará sobre el total del personal diana, aunque en el registro para seguimiento del objetivo se recogerá la categoría profesional. |
| META: | 50% |
| EVALUACIÓN: | anual |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

3. MEJORA DE PROCESOS

| OBJETIVO 3.1: MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN | |
|---|--|
| INDICADOR 33: AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS AMBULATORIZABLES | |
| FÓRMULA: | Porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos |
| NUMERADOR: | Número de Intervenciones quirúrgicas realizadas en régimen ambulatorio |
| DENOMINADOR: | Número de Intervenciones quirúrgicas |
| FUENTE DE DATOS: | Fichero de quirófanos |
| COMENTARIOS: | Se calcula sobre la actividad quirúrgica programada realizada declarada mediante el Fichero de Quirófanos, tanto jornada ordinaria como extraordinaria. Los servicios que computan en el indicador son Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología. |
| META: | >70% |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa con el cierre del año 2025: 1,5 puntos si la medición final es superior a 70% 1,5 puntos si la medición final es superior que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 1,5 puntos si la medición final es superior que la medición de 2024 La puntuación máxima es 2 puntos |

| INDICADOR 34: INDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA (IEMA) | |
|---|--|
| FÓRMULA: | Índice Estancia Observada / Estancia Esperada |
| NUMERADOR: | Sumatorio de estancias utilizadas en episodios de hospitalización |
| DENOMINADOR: | Sumatorio de estancias esperadas en episodios de hospitalización según GRD, complejidad y grupo de hospital |
| FUENTE DE DATOS: | CMBD |
| COMENTARIOS: | El cálculo del IEMA se basa en un ajuste de tasas por el método indirecto agrupando los episodios de hospitalización en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y excluyendo dentro de cada GRD los episodios con estancias de 0 días y alta domiciliaria (outliers inferiores) y aquellos con estancia superior a un punto de corte calculado para cada GRD (outliers superiores). Un índice global inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente respecto a la Norma de comparación. |
| META: | ≤ 1 |
| EVALUACIÓN: | La Norma de comparación utilizada será la conformada por el total de episodios de hospitalización de 2025 de los hospitales del grupo al que pertenece cada hospital. Se excluirán los episodios a cargo del servicio de Obstetricia. Se evalúa con el cierre del CMBD del año 2025: 1 punto si la medición es inferior a 1 0,5 puntos si la medición es inferior a la medición de 2024 La puntuación máxima es 1 punto |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

| INDICADOR 35: REATENCIONES EN URGENCIAS DESPUÉS DE EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN | |
|--|--|
| FÓRMULA: | Porcentaje de episodios de urgencias con un ingreso previo en hospitalización en los últimos 30 días |
| NUMERADOR: | Número de episodios de urgencias atendidos con ingreso previo en hospitalización en los últimos 30 días |
| DENOMINADOR: | Número de episodios de urgencias atendidos |
| FUENTE DE DATOS: | Historia Clínica Electrónica Hospitales |
| COMENTARIOS: | Se monitoriza mes a mes midiendo el acumulado de 2024. Para seleccionar los episodios a evaluar se tiene en cuenta la fecha de alta del episodios de urgencias. Para el cálculo de los 30 días se tiene en cuenta la fecha de alta del episodio previo de hospitalización y la fecha de ingreso del episodio de urgencias. Se excluyen las urgencias gine-obstétricas y psiquiátricas. |
| META: | < 4% |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa con el cierre del año 2025: 0,75 puntos si la medición final es inferior a 4% 0,75 puntos si la medición final es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,75 puntos si la medición final es menor que la medición de 2024 La puntuación máxima es 1 punto |

| INDICADOR 36: PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA ANTES DE LAS 13H | |
|--|--|
| FÓRMULA: | Porcentaje de episodios de hospitalización con alta administrativa anterior a las 13,00 |
| NUMERADOR: | Número de episodios de hospitalización con alta administrativa entre las 7,00 y las 13,00 |
| DENOMINADOR: | Número de episodios de hospitalización con fecha de alta |
| FUENTE DE DATOS: | CMBD |
| COMENTARIOS: | Se excluyen los episodios con tipo de alta Exitus, y los episodios con estancia 0 y tipo de alta Domicilio |
| META: | >30% |
| EVALUACIÓN: | Se evalúa con el cierre del CMBD del año 2025: 2 puntos si la medición es superior al 30% 1 punto si la medición está entre el 20 y el 30% 1 punto si la medición es superior al valor del año 2024 La puntuación máxima es 2 puntos |



| OBJETIVO 3.2: MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | |
|--|---|
| INDICADOR 37: PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLANES DE CUIDADOS DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO | |
| FÓRMULA: | (Numerador/Denominador) x 100 |
| NUMERADOR: | Nº de pacientes con un plan de cuidados elaborado durante el ingreso hospitalario |
| DENOMINADOR: | Nº total de pacientes ingresados en el periodo de estudio |
| FUENTE DE DATOS: | Historia Clínica Electrónica |
| COMENTARIOS: | <p>Un Plan de Cuidados es un método sistemático y organizado definido para administrar cuidados profesionales de enfermería centrados en las necesidades individuales de cada persona y su entorno. Está basado en el método científico ya que tiene como objeto la resolución de problemas, aplicando la teoría deductiva. Se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su validación es universal. Consta de cinco etapas clínicas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La elaboración de planes de cuidados y el uso de las taxonomías enfermeras (NANDA, NOC, NIC), son herramientas válidas para la homogeneización de la prestación de los cuidados y el desarrollo de la disciplina enfermera.</p> <p>Se define "ingreso hospitalario" como el paciente que procediendo del exterior del hospital, realiza la admisión en una unidad de hospitalización, con la consiguiente ocupación de una cama.</p> <p>La evaluación de este indicador pretende potenciar el uso de la metodología y el conocimiento enfermero, homogeneizar el lenguaje y facilitar la medición de resultados en salud.</p> |
| META: | <p>Se establece para cada grupo de hospitales en base al resultado medio alcanzado en el año 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> H. Grupo 3 (alta complejidad) ≥ 88,2% H. Grupo 2 (media complejidad) ≥ 79,7% H. Grupo 1 (baja complejidad) ≥ 93,4% H. de apoyo ≥ 95,8% H. de media estancia ≥ 96,3% H. monográficos ≥ 91,7% |
| EVALUACIÓN: | <ul style="list-style-type: none"> 100% si resultado ≥ META 75% si resultado < meta y ≥ 90% 50% si resultado entre 75% y 89,99% 25% si resultado entre 60% y 74,99% 0% si resultado ≤ 59,99% |

| INDICADOR 38: PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA | |
|---|--|
| FÓRMULA: | (Numerador/Denominador) x 100 |
| NUMERADOR: | Nº de pacientes con Informe de Cuidados de Enfermería al alta |
| DENOMINADOR: | Nº total de altas (excluyendo éxitus o altas por fuga) |
| FUENTE DE DATOS: | Historia Clínica Electrónica |
| COMENTARIOS: | <p>El Informe de Cuidados de Enfermería al alta constituye un documento escrito que garantiza la continuidad de cuidados y la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, y es fundamental en el proceso asistencial tanto para los profesionales que proporcionan los cuidados como para las personas que los reciben. Su objetivo es promover un estilo de vida saludable, prevenir complicaciones y disminuir reingresos hospitalarios. En la continuidad de cuidados es clave el papel de las/os enfermeras/s que elaboran los informes, pero también es fundamental la implicación de los propios pacientes y familiares en la toma de decisiones compartida y en la realización de las intervenciones indicadas.</p> <p>Se define "alta hospitalaria" como el paciente que, estando previamente ingresado (que al menos ha producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada en el centro hospitalario.</p> |
| META: | <p>Se establece para cada grupo de hospitales en base al resultado medio alcanzado en el año 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> H. Grupo 3 (alta complejidad) ≥ 86,9% H. Grupo 2 (media complejidad) ≥ 84,5% H. Grupo 1 (baja complejidad) ≥ 92,3% H. de apoyo ≥ 98,9% H. de media estancia ≥ 97,8% H. monográficos ≥ 93,8% |
| EVALUACIÓN: | <ul style="list-style-type: none"> 100% si resultado ≥ META 75% si resultado < meta y ≥ 90% 50% si resultado entre 75% y 89,99% 25% si resultado entre 60% y 74,99% 0% si resultado ≤ 59,99% |





OBJETIVO 3.3: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

INDICADOR 39: MANEJO DEL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR: | Nº de pacientes ≥ 70 años atendidos en amarillos o naranjas con un registro de la escala 4AT o CAM |
| DENOMINADOR: | Nº de pacientes ≥ 70 años atendidos en amarillos o naranjas |
| FUENTE DE DATOS: | Acción 1: sistemas de información - historia clínica Acción 2: auto declarado por el centro sanitario y validado por DGCSS |
| COMENTARIOS: | Este indicador incluye un apartado cuantitativo (acción 1) y otro cualitativo (acción 2). Para el cálculo de la primera acción se contabilizarán todos los episodios de visitas a urgencias de cada paciente |
| META: | Acción 1: aumento del porcentaje de pacientes mayores atendidos en urgencias con escala 4AT o CAM respecto al 2024 Acción 2: elaboración de informe con medidas de prevención e intervención del delirium implementadas en urgencias |
| EVALUACIÓN: | Cumplimiento de la acción 1: 50%. Si no se cumple: 0% Cumplimiento de la acción 2: 50%. Si no se cumple: 0% |

INDICADOR 40: MANEJO DEL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR: | Nº de episodios de pacientes ≥ 70 años hospitalizados con un registro de la escala 4AT o CAM |
| DENOMINADOR: | Nº de pacientes ≥ 70 años hospitalizados |
| FUENTE DE DATOS: | Acción 1: sistemas de información - historia clínica Acción 2: auto declarado por el centro sanitario y validado por DGCSS |
| COMENTARIOS: | Este indicador incluye un apartado cuantitativo (acción 1) y otro cualitativo (acción 2). Para el cálculo de la primera acción se contabilizarán todos los ingresos de cada paciente |
| META: | Acción 1: aumento del porcentaje de pacientes mayores hospitalizados con escala 4AT o CAM respecto al 2024 Acción 2: elaboración de informe con medidas de prevención e intervención del delirium implementadas en hospitalización |
| EVALUACIÓN: | Cumplimiento de la acción 1: 50%. Si no se cumple: 0% Cumplimiento de la acción 2: 50%. Si no se cumple: 0% |

INDICADOR 41: PROMOCIÓN DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR: | Nº de pacientes ≥ 70 años hospitalizados con un registro de la escala Barthel |
| DENOMINADOR: | Nº de pacientes ≥ 70 años hospitalizados |
| FUENTE DE DATOS: | Acción 1: sistemas de información - historia clínica Acción 2: auto declarado por el centro sanitario y validado por DGCSS |
| COMENTARIOS: | Este indicador incluye un apartado cuantitativo (acción 1) y otro cualitativo (acción 2). Para el cálculo de la primera acción se contabilizarán todos los ingresos de cada paciente |
| META: | Acción 1: ≥ 50% de pacientes mayores hospitalizados con escala de Barthel completada Acción 2: elaboración o revisión de programa de ejercicio físico multicomponente para personas mayores durante la hospitalización |
| EVALUACIÓN: | Cumplimiento de la acción 1: total 50% y parcial el porcentaje proporcional Cumplimiento de la acción 2: 50%. Si no se cumple: 0% |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161



| OBJETIVO 3.4: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL CON RESIDENCIAS | |
|---|---|
| INDICADOR 42: CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE USUARIOS DE RESIDENCIAS DE MAYORES HOSPITALIZADOS | |
| FÓRMULA: | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR: | Nº de usuarios de residencias de mayores hospitalizados con alta administrativa entre las 8,00 y las 16,00 horas |
| DENOMINADOR: | Nº de usuarios de residencias de mayores hospitalizados |
| FUENTE DE DATOS: | Acción 1: CMBD Acción 2: auto declarado por el centro sanitario y validado por DGCS |
| COMENTARIOS: | Este indicador incluye un apartado cuantitativo (acción 1) y otro cualitativo (acción 2). Para el cálculo de la primera acción se deben incluir todos los episodios de hospitalización de cada residente y excluir los episodios con tipo de alta exitus, traslado a otro hospital o con estancia 0 |
| META: | Acción 1: > 50%. Acción 2: ≥ 1 acción de mejora del seguimiento de residentes mayores tras la hospitalización implementada |
| EVALUACIÓN: | Cumplimiento de la acción 1: total 50% y parcial el porcentaje proporcional Cumplimiento de la acción 2: total 50%. Si no se cumple: 0% |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/evs>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

OBJETIVO 3.5: POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES

INDICADOR 43A :DONANTES DE ÓRGANOS

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | Tasa donantes de órganos por 100.000 habitantes |
| NUMERADOR: | Número de donantes cadáver de órganos |
| DENOMINADOR: | Coeficiente de 100.000 habitantes |
| FUENTE DE DATOS: | Oficina regional de coordinación de trasplantes |
| COMENTARIOS: | En función de resultados de actividad de 2022 |
| META: | Se establecen distintas metas según nivel de complejidad del hospital |
| EVALUACIÓN: | Si el centro alcanza más del 75% del indicador se aplica 50% del objetivo |
| | Si el centro alcanza el 100% del indicador se aplica el 100% del objetivo |

INDICADOR 43B :DONANTES DE TEJIDOS

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | Tasa de donación de tejidos |
| NUMERADOR: | Número de donantes de tejidos |
| DENOMINADOR: | Número de donantes de órganos y tejidos |
| FUENTE DE DATOS: | Oficina regional de coordinación de trasplantes |
| COMENTARIOS: | Al menos el 70% de los donantes de órganos deberían ser donantes de Tejidos |
| META: | 70% |
| EVALUACIÓN: | Si el centro alcanza menos del 50% se aplica 0 |
| | Si el centro alcanza mas del 50% se aplica el 50% del objetivo |
| | Si el centro alcanza el 70% se aplica el 100% del objetivo |



OBJETIVO 3.5: POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES

INDICADOR 44: Citación precoz de pacientes con riesgo suicida en Centro de Salud Mental (citación ARSUIC)

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en CSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria*100 |
| DENOMINADOR: | Total pacientes que han realizado tentativa de suicidio |
| FUENTE DE DATOS: | Registros Oficina Regional de Salud Mental |
| COMENTARIOS: | |
| META: | 100% |
| EVALUACIÓN: | |

INDICADOR 45: Porcentaje de pacientes incluidos en sistema digital ARSUIC (aplicable a servicios en los que se ha implantado el sistema)

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº intentos suicidio incluidos en aplicación ARSUIC*100 |
| DENOMINADOR: | Nº atenciones por intento de suicidio en Urgencias e ingreso CMBD |
| FUENTE DE DATOS: | Registros Oficina Regional de Salud Mental |
| COMENTARIOS: | |
| META: | 70% |
| EVALUACIÓN: | |

INDICADOR 46: Grado de implantación en el Servicio de Psiquiatría/Área de gestión clínica de Psiquiatría y Salud Mental de los objetivos de alcance local del Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 y del Plan de Prevención del Suicidio 2022-2026 de la Comunidad de Madrid

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | actuaciones CORE realizadas y en desarrollo*100 |
| DENOMINADOR: | número total de actuaciones requeridas a desarrollar |
| FUENTE DE DATOS: | Registros Oficina Regional de Salud Mental |
| COMENTARIOS: | |
| META: | Evaluación realizada y remitida. 90% actuaciones CORE realizadas o en desarrollo. |
| EVALUACIÓN: | |



OBJETIVO 3.5: POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES

INDICADOR 47: REUNIONES DE COORDINACIÓN DEL ESH O BIEN DEL UCPME CON LOS EECF DE SU ZONA DE INFLUENCIA

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | NÚMERO DE REUNIONES DE COORDINACIÓN ANUALES POR EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS |
| NUMERADOR: | NÚMERO DE REUNIONES POR EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | Actas de reuniones o documentos acreditativos |
| COMENTARIOS: | <p>Este indicador se aplica a los Hospitales que tienen Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos y a los Hospitales con Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia. Con el fin de promover la coordinación con los agentes que intervienen en la atención paliativa de los pacientes y familiares se realizarán reuniones entre los equipos específicos de cuidados paliativos que atienden el área de influencia del hospital. De tal manera que el Equipo de Cuidados Paliativos Hospitalario se reunirá con los equipos específicos de Cuidados Paliativos (ESAPD, AECC, ESHP, UCPME) al menos una vez al mes. Frecuencia que debe intensificarse en función de las necesidades.</p> <p>Se pueden realizar de forma presencial o virtual .</p> <p>Deben existir actas o documentos acreditativos de cada reunión. Las actas deben enviarse trimestralmente a la ORCCP para su registro y evaluación.</p> |
| META: | El objetivo final es que este indicador sea del 100% |
| EVALUACIÓN: | < 5 reuniones :No puntúa; 5-9 reuniones :Puntúa 80% ; 9-12 reuniones o mas :Puntúa 100% |

INDICADOR 47: REUNIONES DE COORDINACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL PALIATIVA PEDIÁTRICA CON LOS EQUIPOS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | NÚMERO DE REUNIONES DE COORDINACIÓN ANUALES POR UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL PALIATIVA PEDIÁTRICA |
| NUMERADOR: | NÚMERO DE REUNIONES REALIZADAS UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL PALIATIVA PEDIÁTRICA |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | Actas de reuniones o documentos acreditativos |
| COMENTARIOS: | <p>Con el fin de promover la coordinación con los agentes que intervienen en la atención de los pacientes y familiares se realizarán reuniones entre la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica de cuidados paliativos y los Equipos de Pediatría de Atención primaria al menos una vez por trimestre. Frecuencia que debe intensificarse en función de las necesidades.</p> <p>Se pueden realizar de forma presencial o virtual .</p> <p>Deben existir actas o documentos acreditativos de cada reunión. Las actas deben enviarse anualmente a la ORCCP para su registro y evaluación.</p> |
| META: | El objetivo final es que este indicador sea del 100% |
| EVALUACIÓN: | 0 reuniones :No puntúa; 1 reunion:Puntúa 25% ; 2 reuniones :Puntúa 50%; 3 reuniones: Puntua 75%; 4 reuniones o mas: Puntua 100% |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

OBJETIVO 3.6: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

INDICADOR 48: % de e-consulta resuelto en menos de 72 h

| | |
|------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Número de eConsultas resueltas en < de 72 horas |
| DENOMINADOR: | Total de eConsultas |
| FUENTE DE DATOS: | Unidad de Continuidad Asistencial |
| COMENTARIOS: | El indicador se evaluará mensualmente |
| META: | 0,9 |
| EVALUACIÓN: | Se consigue la máxima puntuación con un cumplimiento del 90%. Si cumplimiento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado. |

INDICADOR 49: % de pacientes cuyos informe clínicos de alta están disponibles en HORUS en las 24 horas posteriores al alta

| | |
|------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | <ol style="list-style-type: none"> Número de pacientes cuyo informe clínico de alta de hospitalización está disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 Nº de pacientes cuyo informe de cuidados enfermeros al alta de hospitalización está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 Nº de pacientes cuyo informe clínico de alta de urgencias está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 |
| DENOMINADOR: | <ol style="list-style-type: none"> Nº de pacientes dados de alta de hospitalización Nº de pacientes dados de alta de hospitalización Nº de pacientes dados de alta de urgencias |
| FUENTE DE DATOS: | CMBD Hospitales. Unidad de Continuidad Asistencial. |
| COMENTARIOS: | El indicador se evaluará mensualmente. Se contabilizan sólo los informes de pacientes dados de alta con destino a domicilio o centro socio-sanitario. En los hospitales que no disponen de Servicio de Urgencias, únicamente se evaluarán los numeradores y denominadores 1 y 2 (pacientes con informe clínico de alta de hospitalización y de cuidados enfermeros al alta). |
| META: | 90% |
| EVALUACIÓN: | Cada uno de los tres indicadores se evalúa con la puntuación máxima en caso de obtener un valor >= 90%. Si el cumplimiento es <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado. La puntuación final se obtiene con la media de los tres indicadores. |

INDICADOR 50: % de VPE valoradas en los primeros 10 días tras su solicitud

| | |
|------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Número VPE valoradas en los 10 primeros días tras su solicitud. |
| DENOMINADOR: | Total de VPE solicitadas. |
| FUENTE DE DATOS: | Unidad de Continuidad Asistencial |
| COMENTARIOS: | El indicador se evaluará mensualmente. No se contabilizan las VPE a las que el CAP asigna una cita en menos de 15 días ni aquellas en las que consta una demora voluntaria en la atención solicitada por el usuario. |
| META: | 90% |
| EVALUACIÓN: | Se consigue la máxima puntuación con un cumplimiento del 90%. Si cumplimiento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado. |

INDICADOR 51: % de SM valoradas en los primeros 10 días tras su solicitud

| | |
|------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Número SM valoradas en los 10 primeros días tras su solicitud. |
| DENOMINADOR: | Total de SM solicitadas. |
| FUENTE DE DATOS: | Unidad de Continuidad Asistencial |
| COMENTARIOS: | El indicador se evaluará mensualmente. No se contabilizan las SM a las que el CAP asigna una cita en menos de 15 días ni aquellas en las que consta una demora voluntaria en la atención solicitada por el usuario. |
| META: | 90% |
| EVALUACIÓN: | Se consigue la máxima puntuación con un cumplimiento del 90%. Si cumplimiento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado. |



OBJETIVO 3.7: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

INDICADOR 52: INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº de pacientes con ILQ órgano espacio por el procedimiento vigilado obligatorios *100 |
| DENOMINADOR: | Pacientes intervenidos de ese procedimiento en el periodo |
| FUENTE DE DATOS: | Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid |
| COMENTARIOS: | <p>En hospitales de agudos los procedimientos obligatorios de vigilancia son: Prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía de colon, y para aquellos hospitales con cirugía cardiaca el bypass aortocoronario con doble incisión y bypass aortocoronario con sólo incisión torácica</p> <p>En hospitales pediátricos: cirugía de apendicetomía</p> <p>Sólo se evaluarán si el número de cirugías realizadas del procedimiento sea igual o superior a 50.</p> <p>Debido a que la vigilancia de ILQ finaliza tras 90 días de la cirugía, los procedimientos evaluados corresponden al año anterior del Contrato Programa.</p> |
| META: | Tendencia descendente. La tendencia se establecerá comparando los datos del año evaluado con la media obtenida de los tres años previos. |
| EVALUACIÓN: | Si la tendencia de la meta es descendente con respecto a los valores del centro (valor del año evaluado – la media de los 3 años anteriores ≤ 0), el cumplimiento será del 100%. En caso de una tendencia por encima de uno (valor del año evaluado – la media de los 3 años anteriores ≥ 1) el cumplimiento será del 0% y si el resultado se encuentra entre cero y uno obtendrán un valor porcentual de cumplimiento, calculado como $(1 - (\text{valor año evaluado} - \text{la media de los 3 años anteriores})) * 100$ |

INDICADOR 53: Vigilancia y control de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en hospitales (SARM)

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº total de casos nuevos de infección de adquisición hospitalaria por SARM en el periodo de estudio *100 |
| DENOMINADOR: | Nº de pacientes ingresados |
| FUENTE DE DATOS: | Datos proporcionados por los hospitales al programa de IRAS de la SG de Vigilancia en Salud Pública |
| COMENTARIOS: | <p>Adquisición hospitalaria: Son SARM aislados de infecciones cuando el paciente lleva más de 48 horas ingresado (infección nosocomial).</p> <p>* En los pacientes colonizados previamente al ingreso o que se conoce esta colonización en las primeras 48 horas tras el ingreso, la aparición de una infección por SARM no cumple criterios de caso y no se registran para este indicador.</p> <p>* Un paciente puede aparecer en varias ocasiones como caso, aunque previamente haya tenido una infección que cumpla criterios, si durante su ingreso adquiere una nueva infección por SARM una vez curado de la primera infección y habiéndose descartado colonización por él mismo. Se considerará caso nuevo.</p> |
| META: | Tendencia descendente |
| EVALUACIÓN: | Si la tendencia de la meta es descendente con respecto a la media de los años anteriores del centro (valor del año evaluado – media de los dos años anteriores ≤ 0) el cumplimiento será del 100%. En caso de una tendencia por encima del doble de la media de los dos años anteriores del centro (valor del año evaluado – 2 * media de los dos años anteriores ≥ 0), el cumplimiento será del 0%. Si el resultado de esta última fórmula es inferior a 0, obtendrán un valor porcentual de cumplimiento, calculado como $(1 - (\text{valor del año evaluado} - \text{media de los dos años anteriores}) / (2 * \text{media de los dos años anteriores} - \text{media de los dos años anteriores})) * 100$ |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esy> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

| OBJETIVO 3.8: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. | |
|--|--|
| INDICADOR 54: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente | |
| FÓRMULA | $(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$ |
| NUMERADOR | Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida. |
| DENOMINADOR | Nº total de acciones propuestas (4). |
| FUENTE DE DATOS | Acción 1, 2 y 4: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial Y Seguridad del Paciente (SGCASP). Acción 3: CISEMadrid. |
| COMENTARIOS | <p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/Subdirectores o similares) o responsables clínicos y responsables de seguridad de la unidad y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Áreas prioritarias: UCI, bloque quirúrgico y urgencias generales y pediátricas. Resto a elección.</p> <p>Acción 2: Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente. Prioritarios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de 4 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (al menos implementar una recomendación de "No Hacer", extraídas de una fuente contrastada). - Realizar un mapa de riesgo en un área quirúrgica seleccionada por la gerencia - Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y promover su realización para todos los profesionales pertenecientes a las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. <p>Acción 3: Implantación de CISEMadrid (remisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).</p> <p>Acción 4: Realizar autoevaluación de acuerdo con el cuestionario de centros excelentes en seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.</p> |
| META | <p>Acción 1: Grupo 3: 8 rondas; Grupos 1 y 2: 7 rondas. Media estancia; Apoyo y Psq: 5 rondas. Incluyendo las áreas prioritarias.</p> <p>Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios.</p> <p>Acción 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ≥ 70% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados: - Grupo 1: 175 - Grupo 2: 250 - Grupo 3: 300 - Media estancia; Apoyo y Psq: 100 <p>Acción 4: Realizada autoevaluación</p> |
| EVALUACIÓN | 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. |
| INDICADOR 55: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras | |
| FÓRMULA | $(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$ |
| NUMERADOR | Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida. |
| DENOMINADOR | Nº total de acciones propuestas (4). |
| FUENTE DE DATOS | Acción 1: ENVIN-HELICS. Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCASP. |
| COMENTARIOS | <p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1. Consolidación de los proyectos Zero.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bacteriemia Zero (BZ): disminuir densidad de incidencia de bacteriemia primaria por 1.000 días de catéter vascular central; - Neumonía Zero (NZ): disminuir densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1.000 días de ventilación mecánica; - ITU-Zero: disminuir densidad de incidencia de ITU relacionada con sonda uretral por 1.000 días de sonda uretral y la ratio de utilización de sondaje urinario (días sondaje urinario/días de estancia) - Resistencia Zero: disminuir pacientes con bacterias multiresistentes (BMR) durante el ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados. <p>De aplicación en las UCI de adultos en periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio). <i>(En los centros que realicen vigilancia anual se tendrán en cuenta esas tasas)</i></p> <p>Los residentes que pertenezcan a las UCIS o roten por las mismas deben haber recibido formación específica en proyectos Zero.</p> <p>Acción 2. Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), y disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención.</p> <p>Acción 3. Mejorar la seguridad en el paciente quirúrgico a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantación en todas las Unidades o servicios quirúrgicos donde puedan resultar de aplicación de las 3 medidas obligatorias del proyecto infección quirúrgica ZERO (IQZ) (extender al resto de servicios quirúrgicos además de los 5 obligatorios). - Implantación del listado de verificación quirúrgica. Pacientes quirúrgicos que en su historia clínica tengan cumplimentado el listado de verificación quirúrgica para la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico. Se evaluará a través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas. |
| META | <p>Acción 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BZ ≤ 2,5; - NZ ≤ 6; - BMR ≤ 4; - ITU_Zero ≤ 2,7 y ratio utilización de sondaje urinario <0,8 - Formación: 85% de los residentes que pertenezcan o roten por las UCIS. <p>Acción 2: 100% si mantiene o mejora puntuación a través de la autoevaluación formulario OMS (al menos nivel intermedio) y 95% de disponibilidad de PBA en el punto de atención</p> <p>Acción 3: ≥95% IQZ y ≥95% LVQ</p> |



| INDICADOR 56: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor | |
|--|---|
| FÓRMULA | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR | Nº de acciones para la mejora de atención al dolor que alcanzan la meta establecida. |
| DENOMINADOR | Nº total de acciones propuestas (3). |
| FUENTE DE DATOS | Autodeclarado. Validación por SGCASP. |
| COMENTARIOS | <p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Pacientes con registro en la historia clínica electrónica de la medición del dolor con escalas validadas y adecuadas al tipo de paciente al menos una vez al día</p> <p>Acción 2: Existencia protocolos/ recomendaciones de actuación, sobre el abordaje de los pacientes que presenten un nivel de dolor moderado/intenso</p> <p>Acción 3: Desarrollo de al menos 5 líneas de actuación en los Comités de atención al dolor, siendo prioritarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Promover la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo en el abordaje del dolor y/o Comités de Atención al Dolor. · Desarrollar al menos 1 acción de mejora frente a riesgos identificados en el manejo del dolor, por los Comités de Atención al Dolor y la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) · Desarrollar actuaciones de coordinación para la mejora de Atención al Dolor con Atención Primaria · Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de atención al dolor a los profesionales |
| META | <p>Acción 1: ≥ 90%</p> <p>Acción 2: Disponer de protocolos/ recomendaciones de actuación, sobre el abordaje de los pacientes que presenten un nivel de dolor moderado/intenso</p> <p>Acción 3: 100% si 5 actuaciones realizadas incluidas las prioritarias</p> |
| EVALUACIÓN | 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. |
| INDICADOR 57: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad | |
| FÓRMULA | (Numerador/Denominador)*100 |
| NUMERADOR | Nº de acciones para impulsar la gestión de la calidad que alcanzan la meta establecida. |
| DENOMINADOR | Nº total de acciones propuestas (3). |
| FUENTE DE DATOS | Autodeclarado. Validación por SGCASP. |
| COMENTARIOS | <p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Realizada autoevaluación con el Modelo EFQM</p> <p>Acción 2: Acciones Prioritarias en Gestión Ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tener implantado Sistema de Gestión Ambiental (SGA) o certificado UNE EN ISO 14001:2015; · Realizar la medición de la huella de carbono en el hospital, abordando los alcances 1, 2 y 3 · Realizar una acción de mejora en descarbonización en relación con la medición de la huella de carbono en dichos alcances. · Llevar a cabo al menos 1 buena práctica en el ámbito asistencial con inhaladores que contengan hidrofluorocarbonos y/o gases anestésicos inhalados volátiles (gases fluorados y óxido nitroso) <p>Acción 3: Realizar autoevaluación mediante la cumplimentación del cuestionario de Responsabilidad Social (RS) y desarrollar 2 planes de mejora derivados del análisis de los resultados del cuestionario 2024.</p> |
| META | <p>Acción 1: Realizada autoevaluación con el Modelo EFQM o tener vigente un Sello EFQM</p> <p>Acción 2: Tener implantado el SGA (50%); medición de la huella de carbono en el hospital (20%); acción de mejora en descarbonización (10%) y buena práctica asistencial (20%)</p> <p>Acción 3: Cumplimentar cuestionario RS (50%) y desarrollar al menos 2 planes de mejora derivados del análisis de los resultados del cuestionario 2024 (50%)</p> |
| EVALUACIÓN | 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

4. INNOVACION Y DESARROLLO

OBJETIVO 4.1: PROMOVER LA GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN DATOS E INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD

INDICADOR 58: PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN/ADECUACIÓN/NORMALIZACIÓN

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud |
| NUMERADOR: | Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud |
| DENOMINADOR: | No aplica |
| FUENTE DE DATOS: | Autodeclarado en informe de evidencias |
| COMENTARIOS: | <p>Los datos en salud son una de las herramientas más potentes de las que disponen los Sistemas de Salud para mejorar en la Gestión y en la Calidad de los servicios se proporcionan a los pacientes. Se pueden utilizar tanto los aplicativos que el SERMAS pone a disposición de los hospitales para tal fin, como los propios desarrollados por cada hospital.</p> <p>Se debe enviar un informe a la Dirección General Asistencial donde se especifique para cada proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis realizado de resultados en Salud. - Áreas de mejora detectadas en el análisis. - Desarrollo del proyecto puesto en marcha a partir de las áreas de mejora detectadas. - Evaluación de resultados del proyecto. |
| META: | >= 2 proyectos |
| EVALUACIÓN: | |





OBJETIVO 4.2 ACTUALIZACION CÓDIGOS ASISTENCIALES

INDICADOR 59: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CÓDIGOS ASITENCIALES

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Adecuacion a las necesidades de registros de los códigos asistenciales: ICTUS, INFARTO, CRISIS GRAVE, TEP |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | Registros disponibles coordinación de códigos |
| COMENTARIOS: | Se potenciará el uso de los registros normalizados desde la coordinación de los códigos, pudiendo sufrir cambios a lo largo del periodo de evaluación |
| META: | SI/NO |
| EVALUACIÓN: | Se evaluara la adaptación continua de los centros a los registros disponibles. |



OBJETIVO 4.3: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES

INDICADOR 60: Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el plan de formación continuada 2025 (gestionado por la dg de investigación, docencia y documentación) del centro

| | |
|-------------------------|--|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para el centro. |
| DENOMINADOR: | Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para el centro. |
| FUENTE DE DATOS: | La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO. |
| COMENTARIOS: | La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación. |
| META: | ≥ 95% |
| EVALUACIÓN: | ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses) |

Indicador 61: Porcentaje de actividades formativas desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas), respecto al total de actividades desarrolladas dentro del plan de formación continuada 2025 (aprobado por la dg de investigación docencia y documentación) del centro hospitalario

| | |
|-------------------------|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro Hospitalario. |
| DENOMINADOR: | Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro Hospitalario /Gerencia Asistencial de Atención Primaria /Gerencia Asistencial |
| FUENTE DE DATOS: | La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de |





Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Contrato Programa 2025



| | |
|---------------------|---|
| | Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO. |
| COMENTARIOS: | La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación |
| META: | ≥ 25% |
| EVALUACIÓN: | ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses) |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/evy>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

OBJETIVO 4.4: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

INDICADOR 62: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

| | |
|---|---|
| FÓRMULA: | |
| NUMERADOR: | Nº absoluto de proyectos activos durante 2025 |
| DENOMINADOR: | Nº de PSFU en 2025/ 1000 |
| FUENTE DE DATOS: | DG de Investigación, Docencia y Documentación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. |
| COMENTARIOS: | <p>Proyecto activo: Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente.</p> <p>No se incluyen los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado.</p> <p>El indicador se corresponde con el denominado “Proyectos activos” dentro del epígrafe “Proyectos de Investigación” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS..</p> |
| META: | Igual o mayor al 85% del valor del indicador en 2023 |
| EVALUACIÓN: | <p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación • Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación • Con un valor inferior al 50% del indicador en 2024 se asignará un 25% de la puntuación |
| INDICADOR 63: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS | |
| FÓRMULA: | Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos activos en 2025 |
| NUMERADOR: | |
| DENOMINADOR: | |
| FUENTE DE DATOS: | DG de Investigación, Docencia y Documentación |



| | |
|---------------------|--|
| | Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. |
| COMENTARIOS: | <p>Investigadores con participación en proyectos: Profesionales con vinculación funcional, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan:</p> <p>(a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien</p> <p>(b) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado, gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma.</p> <p>Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria.</p> <p>El indicador se corresponde con el denominado “Investigadores con participación en proyectos” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS.</p> |
| META: | Igual o mayor al 90% del valor del indicador en 2023 |
| EVALUACIÓN: | <ul style="list-style-type: none"> • El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. • Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación. • Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación. • Con un valor inferior al 50% del indicador en 2023 se asignará un 25% de la puntuación. |



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1277522930993629486161

ANEXO II

La Comunidad de Madrid pone a disposición las siguientes direcciones web, donde se podrá consultar, entre otra información, los centros dependientes del hospital, la oferta asistencial básica del mismo e información sobre el total de efectivos de todos los grupos profesionales adscritos a centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, así como la composición de las plantillas orgánicas de cada uno de ellos

- Total de efectivos

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud>

- Plantillas Orgánicas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/plantillas-organicas-centros-sanitarios-servicio-madrileno-salud>

- Equipación

<https://www.libreeleccion.sanidadmadrid.org/Seleccione/Hospitales.aspx>.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/ev> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1277522930993629486161**

ANEXO III

La vinculación del porcentaje de cumplimiento del equipo directivo al cumplimiento de objetivos presupuestarios estratégicos constituye un mecanismo esencial para alinear la gestión con la sostenibilidad institucional. Este anexo establece la estructura de ponderación que asocia la productividad variable a dos pilares fundamentales: el **control del gasto de personal (Capítulo I)** y la **gestión de bienes y servicios corrientes (Capítulo II)**.

El equipo directivo ostenta capacidad decisoria sobre la asignación de recursos, contratación de personal y definición de prioridades de gasto. Su ámbito de responsabilidad trasciende lo operativo para abarcar la optimización global de recursos, donde el Capítulo I (gasto de personal) representa hasta el 60% del presupuesto sanitario, y el Capítulo II (bienes y servicios) incide directamente en la eficiencia operativa. Esta doble dimensión justifica que su porcentaje de cumplimiento refleje su impacto en estas áreas críticas, a diferencia del personal asistencial o administrativo, cuyos porcentajes se vinculan a objetivos funcionales.

La ponderación propuesta evita trasladar al equipo directivo penalizaciones por factores externos o ajenos a su esfera de control (ej. fluctuaciones de demanda asistencial), focalizándose en variables directamente influenciadas por sus decisiones. Simultáneamente, preserva la equidad al no exigir al resto de trabajadores responsabilidades presupuestarias que exceden sus competencias, reforzando así un modelo de incentivos coherente con la jerarquía de responsabilidades.



➤ **Asignación de pesos**

- **Cumplimiento presupuestario en Gastos de Personal (Capítulo I): 60%**
- **Cumplimiento presupuestario en Gastos Corrientes en Bienes y Servicios (Capítulo II): 40%**

Esta ponderación refleja la importancia estratégica y el peso relativo de cada capítulo en la gestión hospitalaria, siendo el gasto de personal habitualmente el principal componente del presupuesto sanitario.

➤ **Cálculo del porcentaje de cumplimiento ponderado**

$$\text{Cumplimiento Ponderado} = (C_1 \times 0,6) + (C_2 \times 0,4)$$

- C_1 : % de cumplimiento presupuestario en Gastos de Personal (Capítulo I)
- C_2 : % de cumplimiento presupuestario en Gastos en Bienes y Servicios Corrientes (Capítulo II)

➤ **Adecuación sobre el porcentaje de cumplimiento del equipo directivo**

Se establece una escala de adecuación progresiva en función del cumplimiento ponderado:

| Cumplimiento Ponderado | Adecuación |
|------------------------|------------------------|
| 100% - 95% | 0% |
| 94% - 90% | 25% del % no alcanzado |
| 89% - 85% | 50% del % no alcanzado |
| < 85% | 75% del % no alcanzado |

➤ **Fórmula general de Cálculo de Porcentaje de cumplimiento final para directivos**

Porcentaje de cumplimiento final para equipo directivo

$$\text{Valor de cumplimiento general} - (\text{Valor de cumplimiento general} \times \text{adecuación})$$

Donde la adecuación se calcula como el porcentaje de incumplimiento multiplicado por el coeficiente correspondiente según el tramo de cumplimiento.



Ejemplo de aplicación:

- Cumplimiento General: 85%
- Cumplimiento en Capítulo I: 92%
- Cumplimiento en Capítulo II: 96%
- Cumplimiento Ponderado: $(92 \times 0,6) + (96 \times 0,4) = 94,4\%$
- Porcentaje de incumplimiento: $100\% - 94,4\% = -5,6\%$
- Adecuación: $25\% \text{ de } 5,6\% = 1,4\%$
- Porcentaje de cumplimiento final para equipo directivo: $85 - (85 * (1,14/100)) = 83,81$

5. Cláusulas de excepcionalidad

- **Bonificación por superación:** +2% productividad por tener el mejor porcentaje de cumplimiento de su grupo. En el caso de que no haya grupo homogéneo de comparación, se otorgará la bonificación si mejora en más de un 10% el resultado del ejercicio anterior
- **Penalización máxima:** 30%
- **Factor corrector:** Ajuste $\pm 2\%$ según grado de consecución de objetivos estratégicos asistenciales 2025



*Nota aclaratoria sobre la interpretación del parámetro C_2 en el cálculo del porcentaje de cumplimiento ponderado:

En el marco del contrato programa 2025, el parámetro C_2 utilizado en la fórmula de cumplimiento ponderado del equipo directivo no debe entenderse exclusivamente como el resultado binario del indicador de cumplimiento del Capítulo II (cumple/no cumple). Aunque la evaluación oficial del indicador establece que un índice igual o inferior a 1,05 supone un cumplimiento del 100% y, por encima de 1,05, el cumplimiento es 0%, para efectos del cálculo de la adecuación al rendimiento directivo se aplicará una escala progresiva.

Así, cuando el índice de gasto real ajustado 2025/2024 supere la meta de 1,05 (es decir, cuando no se cumpla el objetivo), el porcentaje de cumplimiento asignado a C_2 no será automáticamente 0%. En su lugar, se establecerá una degradación proporcional del cumplimiento, que irá desde el 0% (si el índice alcanza o supera 1,10) hasta un máximo del 100% (si el índice es igual o inferior a 1,05). A medida que el índice disminuya desde 1,10 hacia 1,05, el porcentaje de cumplimiento de C_2 aumentará progresivamente, permitiendo así reflejar de forma más matizada el grado de desviación presupuestaria.

Por tanto, el valor de C_2 en la fórmula de cumplimiento ponderado puede variar entre 0% y 100%, en función del índice de gasto real ajustado, garantizando una evaluación proporcional y evitando penalizaciones absolutas por desviaciones menores.

