

CONTRATO PROGRAMA 2025 DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD CON LA GERENCIA DEL SUMMA112



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.a.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1294889678671567399803**

ÍNDICE

I PREÁMBULO	3
II MARCO NORMATIVO	3
III MARCO ESTRATÉGICO	4
IV CONDICIONES GENERALES	6
V OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO	9
VI ANEXO 1: FICHAS DE INDICADORES DEL SUMMA 112	12
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	12
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	13
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS	20
4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	26
VII RECURSOS HUMANOS	32



I PREÁMBULO

En el ámbito del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los contratos programa (C.P) son acuerdos entre la Dirección General del SERMAS, y las gerencias de los distintos centros asistenciales. Mediante el C.P. se establece un compromiso mutuo en la gestión de los centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid con el fin de alcanzar unos objetivos anuales priorizados, que estén alineados con el marco estratégico del SERMAS y las principales líneas de actuación en política sanitaria que determina la Comunidad de Madrid.

El C.P. es una herramienta eficaz de gestión de la actividad asistencial y orienta a las organizaciones sanitarias hacia el efectivo cumplimiento de la misión que la sociedad les ha encomendado. Para lograr este propósito es fundamental la transparencia en la información, de forma que todos los profesionales de los centros asistenciales conozcan los objetivos priorizados para la organización. Así como, los indicadores que van a permitir evaluar su cumplimiento que, a su vez, sirven para medir el grado de desempeño de los equipos directivos y de los profesionales.

En el C.P. se describe la financiación disponible para cada gerencia, los profesionales y los recursos materiales con que cuentan y, todo ello, se vincula con la actividad asistencial y con la consecución de los resultados previstos en los objetivos priorizados.

Se fundamenta en el compromiso de la organización sanitaria de poner a disposición de cada centro los recursos necesarios para realizar la actividad que tiene encomendada y en el compromiso, por parte de cada gerencia, de gestionar adecuadamente estos recursos para obtener unos resultados acordes a los objetivos previstos.

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

II MARCO NORMATIVO

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

- ✓ La **atención integral** de la salud en todos los ámbitos asistenciales.
- ✓ El establecimiento de medidas para garantizar la **calidad y seguridad** de los servicios sanitarios.
- ✓ La distribución de los **recursos económicos** afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.
- ✓ La **planificación y gestión de las políticas de recursos humanos** referidas al personal de las instituciones sanitarias del SERMAS y sus Entes dependientes o adscritos.



- ✓ La **gestión de los centros, servicios y establecimientos** sanitarios integrados en el SERMAS y de los servicios administrativos que conforma su estructura.
- ✓ La **gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales** en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del SERMAS.
- ✓ La supervisión y control de la **gestión económica y financiera** de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos.

Por otro lado, la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del SERMAS, en su artículo 24 regula el C.P. de las organizaciones del SERMAS que, de acuerdo con el presupuesto, deberá permitir que la descentralización de la gestión se fundamente en una rendición de cuentas integrada que vincule financiación, recursos, actividad, calidad y resultados. Además, en el ámbito de cada gerencia, en aplicación del principio de descentralización, el C.P. se desplegará en acuerdos de gestión con las áreas, institutos, servicios o unidades en las que la organización sanitaria esté internamente constituida, de modo que la combinación de dichos acuerdos sea congruente y sustente el conjunto del C.P.

El apartado 6 de dicho artículo establece que el cumplimiento del C.P. se hará a través de un cuadro de mando con indicadores relativos a cada una de las dimensiones y objetivos establecidos, y con la desagregación hasta el nivel de unidades. El mencionado cuadro de mando mostrará los objetivos previstos y el avance o desviaciones producidas y el control de gestión se hará trimestralmente.

III MARCO ESTRATÉGICO

El Marco Estratégico del Servicio Madrileño de Salud recoge las líneas estratégicas a desarrollar en los próximos años, agrupadas en las grandes áreas de actuación (perspectivas) que se definen en el Cuadro de Mando Integral, y que, según una lógica causa-efecto, impulsan a una organización, en este caso, al Servicio Madrileño de Salud:

PERSPECTIVA MISIÓN:

- ✓ Abordar los nuevos retos de los cambios en la atención sanitaria.
- ✓ Avanzar en el modelo sanitario seguro, eficaz y eficiente reconocible como marca.
- ✓ Impulsar la colaboración entre instituciones en el diseño e implantación de acciones transversales en salud.
- ✓ Potenciar la promoción y la prevención de la salud, y el autocuidado como parte de la prestación sanitaria.

PERSPECTIVA RESULTADO FINANCIERO:

- ✓ Garantizar una financiación sostenible y adecuada para atender la evolución de las demandas y necesidades.
- ✓ Impulsar criterios de eficiencia en la organización de la atención sanitaria y distribución de los recursos.
- ✓ Potenciar la participación público-privada para la definición de proyectos en busca de financiación.



- ✓ Proponer fórmulas de riesgo compartido y compra pública innovadora en adquisición de tecnología sanitaria y prestación farmacéutica.

PERSPECTIVA RESULTADO CLIENTES:

- ✓ Avanzar en una atención sanitaria basada en valores humanos.
- ✓ Potenciar la cultura de servicio y accesibilidad en un entorno de equidad.
- ✓ Reforzar el modelo de atención al ciudadano orientado a sus necesidades.

PERSPECTIVA PROCESOS:

- ✓ Avanzar en excelencia con procesos bien definidos, normalizados, evaluables y en mejora continua, alineados con los valores de responsabilidad social corporativa.
- ✓ Impulsar la cogobernanza como instrumento de generación de visión estratégica, comunicación eficaz y participación corresponsable en la toma de decisiones y mejora de la eficiencia.
- ✓ Integrar la coordinación sociosanitaria en los procesos asistenciales.
- ✓ Integrar la visión del ciudadano en el Servicio Madrileño de Salud promoviendo su participación activa y corresponsabilidad.
- ✓ Progresar en procesos asistenciales accesibles, integrados y orientados a generar valor impulsando la continuidad asistencial, el seguimiento natural del paciente y potenciar el uso de recursos en red.
- ✓ Rediseñar los procesos de atención y crecimiento dirigidos a los profesionales como principal activo del Servicio Madrileño de Salud.

PERSPECTIVA INNOVACIÓN, FORMACIÓN Y APRENDIZAJE:

- ✓ Desarrollar la construcción de la marca Servicio Madrileño de Salud.
- ✓ Elaborar un sistema información transparente, orientado a un cuadro de mando integral de resultados que facilite el seguimiento y la toma de decisiones.
- ✓ Impulsar la generación de valor para las personas de la organización dando respuesta a las necesidades y fines de Servicio Madrileño de salud
- ✓ Potenciar la capacidad de innovar, la docencia, la formación y la investigación al servicio de los pacientes y la sociedad.

A efectos del C.P, el enunciado de las perspectivas se ha modificado, sin cambiar su sentido, para aproximarlas a las agrupaciones de objetivos utilizadas en contratos programa de años anteriores, a fin de facilitar su comprensión, y así, constan como:

- 1. Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos.**
- 2. Perspectiva de Orientación a las Personas.**
- 3. Perspectiva de Mejora de Procesos.**
- 4. Perspectiva de Innovación, Investigación y Formación**



IV CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito del SUMMA112, para el bienio 2025- 2026 son los orientados conforme al marco estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, en la atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria y transporte sanitario. Así como, validar e implantar nuevos recursos, procedimientos, tecnologías y otros medios sanitarios, mediante una organización de la urgencia y emergencia integrada en red, facilitando una ágil ordenación asistencial y con la máxima participación de los profesionales, mediante el impulso de acuerdos clínicos y rediseños organizativos.

En la **Ley de Presupuestos** para el ejercicio **2025** se han establecido como elementos fundamentales de actuación en el ámbito del SUMMA112 los siguientes **objetivos**:

- ✓ Facilitar respuesta ágil y profesional a las expectativas de los ciudadanos.
- ✓ Buscar la participación activa de los pacientes para lograr una mayor adecuación del servicio a sus necesidades.
- ✓ Responder asistencialmente a la urgencia, emergencia, coordinación interhospitalaria y traslado sanitario.
- ✓ Incorporar de forma eficiente las nuevas tecnologías diagnósticas y de comunicación.
- ✓ Mantener a los profesionales capacitados y motivados (gestión de competencias).

En virtud de lo señalado, el C.P. 2025 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del SUMMA112 y la Dirección General del SERMAS.

Por otra parte, en los apartados V, VI y VII se recogen:

- ✓ Objetivos del centro con sus respectivos indicadores y fichas de monitorización.
- ✓ Recursos humanos disponibles.
- ✓ Cartera de servicios y equipamiento del hospital.

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

1. El SUMMA112 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 SERMAS.

El centro dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, de acuerdo con el detalle que aparece en el apartado VII y que será ofertada a todos los ciudadanos de hecho de la Comunidad de Madrid que es su población de referencia.

2. Por parte del SERMAS se pondrán a disposición del SUMMA112 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 2024.

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

Capítulo I	Gastos de Personal	109.315.036,00 €
	Formación de Personal Sanitario	
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	99.155.071,14 €



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 centro para el presente ejercicio.

Quedan al margen de la financiación contemplada en el presente C.P.:

- ✓ 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 de reducción de lista de espera que cuenta con una financiación máxima específica, establecida en el presente C.P.

Asimismo, el SERMAS facilitará al SUMMA112 los recursos humanos y los medios estructurales conforme al detalle que de unos y otros figuran en el apartado VII del presente C.P.

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 SUMMA112 ante la Dirección General del SERMAS por quien serán aprobadas en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

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 SUMMA112 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 de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento la actividad realizada conforme a dichos créditos en el modelo normalizado establecido a tal efecto.

3. Respecto de la facturación y cobros del SUMMA112 por los servicios que sean prestados al amparo del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en aquellos casos en los que exista un tercero obligado al pago, las previsiones son las siguientes:

Facturación a Terceros:

2.053.880,00 €

4. 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.

Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid,

La Viceconsejera de Sanidad y Directora General del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	El Director Gerente del SUMMA112
D ^a Laura Gutiérrez Barreno	D. Pedro Muñoz Sahagún



V OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

1.-PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS: PONDERACIÓN 30/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO P
PROMOVER EL USO RACIONAL Y EFICIENTE DEL TRANSPORTE SANITARIO	Aumentar la efectividad, eficiencia y calidad en los traslados inter hospitalarios a centros de media y larga estancia desde centros de origen.	SUMMA112	% de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia que llegan antes de las 13.00h cuando la solicitud del centro de origen está realizada antes de las 10.00h.	7,5
CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO I FIJADO EN CONTRATO PROGRAMA	Objetivo 1 de la DG de Recursos Humanos y Relaciones Laborales	DGRRHH	Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo I	7,5
MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS	Objetivo 1 DGGEF	DGGEF	Cumplimiento del objetivo de gasto en capítulo II.	7,5
			Cumplimiento del objetivo de facturación previsto para el Centro	7,5

2.-PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS 25/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO P.
MEJORAR IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA RESOLUCIÓN	Mantener el nivel de servicio del primer nivel	SUMMA112	Porcentaje de llamadas en nivel de servicio	2
MEJORAR LA TOMA DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES	Aumentar las intervenciones para generar toma de conciencia en los profesionales sobre valores humanos en la atención sanitaria personalizada.	SUMMA112	% de reuniones con mandos intermedios en las que se abordan temas referentes a humanización de la asistencia (HAS), atención al dolor (AD), Seguridad del Paciente (SP) y Calidad Asistencial (Efectividad de la Asistencia (EA)).	3
	Fomentar la implicación de los RUF y de los profesionales con relación a la Seguridad del Paciente, Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida y Experiencia del Paciente, Responsabilidad Social y Ambiental.	SUMMA112	INDICADOR 1: Mantener al menos tres reuniones anuales con los Responsables de Unidad Funcional en las que se aborde los temas de Seguridad del Paciente, Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida y Experiencia del Paciente, Responsabilidad Social y Ambiental. INDICADOR 2: Realizar anualmente al menos 4 actividades formativas en las que se trate de Seguridad del Paciente, Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida y Experiencia del Paciente, Responsabilidad Social y Ambiental	3
MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE	Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida	DGHAYSP	Porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida	2
MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	Obj. 1 Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	DGHAYSP	% de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	3
			% de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	3
	Obj. 2 Reclamaciones por trato inadecuado ZERO	DGHAYSP	Reducir en un 5% las reclamaciones por trato	2



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: 1294889678671567399803

RECLAMACIONES	Obj. 2 Disminuir el nº de reclamaciones por TSNU		% de disminución de las reclamaciones por transporte sanitario no urgente.	2
CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	Objetivo 3 de la DGHAYSP	DGHAYSP	Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	3
			Implementación de recomendaciones de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en los informes de alta de enfermería	1
PROTEGER PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	Objetivo 1 de la DG Salud Pública.	DG SALUD PÚBLICA	Cobertura de vacunación de gripe en personal sanitario.	1

3.-PERSPECTIVA PROCESOS 30/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO P
MEJORAR LA EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA	Códigos Infarto trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min(traslados primarios)	SUMMA112	% pacientes clasificados como "código infarto" trasladados al hospital idóneo en tiempo adecuado	1,5
	Códigos ICTUS trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min (traslados primarios)	SUMMA112	% pacientes clasificados como "código ICTUS" trasladados al hospital idóneo en tiempo adecuado	1,5
	Traumas graves trasladados al hospital idóneo en un tiempo ≤ 60 min (traslados primarios)	SUMMA112	% de pacientes clasificados como trauma grave trasladados al hospital en tiempo adecuado.	1,5
MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS (M) Y PRODUCTOS SANITARIOS (PS)	Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles.	SUMMA112	% de incidencias detectadas en temperatura de las neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las Unidades Asistenciales.	1
			Número de incidentes registrados que requieran actuación con la medicación en los equipos de frío del Servicio de Farmacia	0,5
	Revisión de los carros de parada del SUMMA112.	SUMMA112	% de correcta cumplimentación del registro de revisión	0,5
MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A CADA GRADO DE URGENCIA	Mejorar el tiempo de respuesta en incidente 0.	SUMMA112	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0	2
	Mejorar el tiempo de respuesta en incidente 1.	SUMMA112	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1.	1
MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL	Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardíaco o patología isquémica cardíaca..	SUMMA112	% de pacientes con patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardíaco o patología isquémica cardíaca.. (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.	0,5 1
	Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dificultad respiratoria.	SUMMA112	% de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia respiratoria.	1,5
	Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con sospecha de patología infecciosa.	SUMMA112	% de pacientes con patología infecciosa (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma la temperatura (Tª) y frecuencia respiratoria (FR) (o registro de ausencia o presencia de "taquipnea")	1,5
	Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con Trauma grave	SUMMA112	% de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.	1,5
	Mejorar la atención en los Estatus Epilépticos	SUMMA112	% de pacientes con Estatus Epiléptico trasladados a hospital que recibe doble terapia con benzodiazepina y levetiracetam.	1
	Mejorar la competencia profesional en los traumatismos de alta energía	SUMMA112	% REGISTRO DE INMOVILIZACIÓN PÉLVICA en las situaciones clínicas que lo requieran (traumatismos de alta energía).	1,5



AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Objetivo 1 de la DG HAPySP	DG HAPySP	Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	3
		DG HAPySP	Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	3
		DG HAPySP	Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	3
CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	Objetivo 2 de la DG HAPySP	DG HAPySP	Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	3

4.-PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN 15/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO P
PROMOVER LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS (LE) DE LA ORGANIZACIÓN	1.- Alcanzar que al menos el 70% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en las LE del SUMMA112 (se excluye la formación del OE 3).	SUMMA112	% Profesionales sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización	2
	2.- Alcanzar que al menos el 15% de los profesionales NO sanitarios hayan recibido formación en las LE del SUMMA112 en el año en curso.	SUMMA112	% Profesionales no sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización	1
	3.- Alcanzar que al menos el 30% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en uno de los Códigos de emergencias (ICTUS, CERO, INFARTO, TRAUMA, SEPSIS) incluidos en el Plan de Formación Continuada.	SUMMA112	% de profesionales sanitarios que han recibido formación en uno de los Códigos.	2
MEJORAR LA CAPACITACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE LOS PROFESIONALES	Promover la investigación ofertando al menos dos actividades formativas una para nivel básico y otra para nivel avanzado de investigación.	SUMMA112	% de profesionales sanitarios distintos que acuden a actividad de formación en investigación.	1
			Número de profesionales que realizan un itinerario formativo (acuden al menos a dos cursos).	1
IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD	Objetivo 1 de la DG de Investigación y Docencia (DGID).	DGID	Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2023, gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación	2
		DGID	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 2022, aprobado por la DG de Investigación Docencia e Innovación,	2
POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	Objetivo 2 de la DG de Investigación y Docencia	DGID	Nº de proyectos de investigación activos por cada 1000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
			Número de investigadores en proyectos de investigación activos	1
POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO	Objetivo 2 de la DG de Investigación, Docencia.	DGID	Nº de publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/o PubMed en las que participan profesionales del SUMMA 112 por cada 100 Profesionales Sanitarios con Titulación Universitaria (PSFU)	1



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1294889678671567399803**

VI ANEXO 1: FICHAS DE INDICADORES DEL SUMMA 112

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER EL USO RACIONAL Y EFICIENTE DEL TRANSPORTE SANITARIO.

OBJETIVO ESPECÍFICO : *Aumentar la efectividad, eficiencia y calidad en los traslados interhospitalarios a centros de media y larga estancia desde los centros de origen.*

INDICADOR: % de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia que llegan antes de las 13.00 cuando la solicitud del centro de origen está realizada antes de las 10.00h.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia que llega antes de las 13.00 cuando la solicitud de traslado del centro de origen está realizada antes de las 10.00h en el día
DENOMINADOR	Nº total de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia en el día.
FUENTE DE DATOS	Sistema de Información de Transporte Programado del SUMMA112.
COMENTARIOS	El fundamento es contribuir a la eficiencia en la organización del traslado y a la humanización de la asistencia para que el paciente llegue a una hora adecuada para ser atendido y pueda hacer a tiempo su comida.
META	85%
EVALUACIÓN	Mensual



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.a.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: 1294889678671567399803

OBJETIVO GENERAL 2: CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO I FIJADO EN EL CONTRATO PROGRAMA (Objetivo 1 DG RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES)

INDICADOR	<i>Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo I</i>
FORMULA	Numerador/Denominador
NUMERADOR	Gasto computable 2025 a efectos del contrato programa 2025
DENOMINADOR	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado para el año 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: -asignación para la 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	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%. Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100%. Valoración regresiva desde más de 1, hasta 1,02. Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.

OBJETIVO GENERAL 3: MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS (Objetivo 1 DGGEF)

INDICADOR 1: Cumplimiento del objetivo de gasto en capítulo II.

FORMULA	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del capítulo II.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	
COMENTARIOS	
META	Si > desviación típica 0 puntos Si < desviación típica X puntos
EVALUACIÓN	

INDICADOR 2: Cumplimiento del objetivo de facturación previsto para el Centro

FORMULA	Desviación típica de la media de facturación prevista de los Centros, excluida los dos extremos
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	
COMENTARIOS	
META	Si > desviación típica 0 puntos < desviación típica X puntos
EVALUACIÓN	

2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA RESOLUCIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1: Mantener el nivel de servicio del primer nivel

INDICADOR Porcentaje de llamadas en nivel de servicio

FORMULA	
NUMERADOR	Número de llamadas en nivel de servicio
DENOMINADOR	Nº total de llamadas
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Objetivo continuista para medir la capacidad de respuesta del 1er contacto.
META	Mayor o igual que el 90 %.
EVALUACIÓN	Mensual.

OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA TOMA DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1: Aumentar las intervenciones para generar toma de conciencia en los profesionales sobre valores humanos en la atención sanitaria personalizada.

INDICADOR: % de reuniones con mandos intermedios en las que se abordan temas referentes a humanización de la asistencia (HAS), atención al dolor (AD), Seguridad del Paciente (SP) y Calidad Asistencial (Efectividad de la Asistencia (EA)).

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de reuniones con RUF y con JG+ECO+TES0+TES ECO en los que se aborda en el orden del día un tema relativo a HAS y AD.
DENOMINADOR	Nº total de reuniones con RUF y con JG+ECO+TES0+TES ECO en los que se aborda en el orden del día un tema relativo a HAS y AD.
FUENTE DE DATOS	Actas de las reuniones.
COMENTARIOS	Los temas a tratar se harán por diferentes miembros del ED.
META	Mayor o igual que el 80 %.
EVALUACIÓN	Semestral

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2: Fomentar la implicación de los RUF y de los profesionales con relación a Seguridad del Paciente, Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida y Experiencia del Paciente, Responsabilidad Social y Ambiental.

INDICADOR 1: Mantener al menos tres reuniones anuales con los Responsables de Unidad Funcional en las que se aborde los temas de Seguridad del Paciente, Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida y Experiencia del Paciente, Responsabilidad Social y Ambiental.

INDICADOR 2: Realizar anualmente al menos 4 actividades formativas en las que se trate de Seguridad del Paciente, Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida y Experiencia del Paciente, Responsabilidad Social y Ambiental

FORMULA	1. Nº de reuniones mantenidas en los que se aborde los temas referidos en las que haya un ACTA. 2. Nº de actividades formativas en cuyo programa se aborde los temas referidos.
NUMERADOR	NA
DENOMINADOR	NA
FUENTE DE DATOS	Registro Departamento de Calidad. Registro de sesiones del Departamento de Formación.
COMENTARIOS	
META	1. 3 reuniones. 2. 4 actividades formativas
EVALUACIÓN	Anual

La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestion.a.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1294889678671567399803

OBJETIVO GENERAL 3: MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE (Objetivo 2 DG HAPySP)

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1: Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida

INDICADOR: Porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida

FÓRMULA	N.º pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida / N.º total pacientes) x 100
NUMERADOR	N.º pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida
DENOMINADOR	Nº total pacientes
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2025.
COMENTARIOS	Satisfacción global con la atención recibida en 2025. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los dispositivos estudiados UAD, VIR, UVI).
META	Alcanzado: - 100% si $\geq 90\%$ - 90% si $\geq 85\%$ - 80% si $\geq 80\%$ - 70% si $\geq 75\%$ - 60% si $< 75\%$ - 0% si $< 60\%$
EVALUACIÓN	Anual

OBJETIVO GENERAL 4: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL. (Objetivo 2 DG HAPySP)

INDICADOR 1: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida

FORMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas de calidad percibida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (2).
FUENTE DE DATOS	Auto declarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad de Paciente (SGCASP).
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2024. Al menos 1 por segmento, dispositivo estudiado, de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, salvo que se justifique su no realización en algunos casos por satisfacción global $\geq 95\%$ Acción 2: Líneas de actuación del Comité Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son: - Desarrollo de al menos 1 técnica cualitativa (observación participante, grupos focales... para conocer la opinión de los pacientes en 2025, por tipología de dispositivos del SUMMA 112 (VIR, UAD Y UVI Móvil). - Realizar una reunión invitando a profesionales de un área seleccionada por la gerencia, para analizar situación e identificar áreas de mejora - Promover la participación de los pacientes en Comités de Calidad Percibida
META	Acción 1: 3 acciones de mejora Acción 2: 4 líneas de actuación del CCP, incluidas las prioritarias
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas



INDICADOR 2: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	
FORMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas 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 SGHASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Mejorar o mantener el 90% de los indicadores respecto a los resultados de 2023. Acción 2: Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados publicados en el año en curso en efectividad y seguridad del paciente y valorar 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.
META	Acción 1: >=90% de los indicadores Acción 2: Informe de revisión con las acciones de mejora en todos los indicadores que no mantengan o mejoren los resultados respecto a 2023 Acción 3: Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados.
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

OBJETIVO GENERAL 5: RECLAMACIONES POR TRATO INADECUADO ZERO (Objetivo2: DG Humanización, Atención y Seguridad al Paciente)	
INDICADOR X: % de disminución de las reclamaciones de trato personal inadecuado frente al año anterior	
FÓRMULA:	$\frac{(\text{Nº RECLAMACIONES POR MOTIVO TRATO EN 2025} - \text{Nº RECLAMACIONES EN 2024, POR EL MISMO MOTIVO}) * 100}{\text{Nº RECLAMACIONES DE TRATO DE 2024}}$
DIVIDENDO	$\text{Nº RECLAMACIONES POR MOTIVO TRATO EN 2025} - \text{Nº RECLAMACIONES EN 2024, POR EL MISMO MOTIVO} * 100$
DIVISOR	Nº 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:	• 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

OBJETIVO GENERAL 6: DISMINUIR LAS RECLAMACIONES POR TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE (TSNU) Objetivo 2 DG Humanización, Atención y Seguridad del Paciente)

INDICADOR X: : Porcentaje de disminución de las reclamaciones por transporte sanitario no urgente	
FÓRMULA:	ÍNDICE DE RECLAMACIONES POR TSNU EN 2025 - ÍNDICE DE RECLAMACIONES POR TSNU EN 2024
DIVIDENDO	Nº de reclamaciones por TSNU 2025/ Nº de actuaciones por TSNU 2025 * 10.000
DIVISOR	Nº de reclamaciones por TSNU 2024/ Nº de actuaciones por TSNU 2024 * 10.000
FUENTE DE DATOS:	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS:	Al ser una actividad contratada con empresas de transporte de pacientes, es importante verificar la tendencia descendente de las reclamaciones que se han gestionado en el SUMMA como consecuencia de problemas en el traslado de los pacientes a los centros sanitarios del SERMAS.
META:	Tendencia descendente del índice respecto al año anterior. Valor negativo de diferencia.
EVALUACIÓN:	0,5 puntos

OBJETIVO GENERAL 7: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA SUMMA 112 (Objetivo 2.3 DG Humanización, Atención y Seguridad del Paciente)

INDICADOR 1: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la estrategia de humanización en los centros	
FORMULA	Porcentaje de acciones cumplimentadas para fomentar la cultura de humanización en los centros
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: 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.
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
EVALUACIÓN	100% (Actividad 1: 30% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 40%)

INDICADOR 2: Implementación de recomendaciones de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en los informes de alta de enfermería	
FORMULA	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 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 de informes de alta de enfermería.

INDICADOR 3: 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 para pacientes
NUMERADOR:	Nº de sesiones con profesionales sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes
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 GENERAL 8: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES. (OBJ 1 DG SALUD PÚBLICA)	
INDICADOR :Cobertura de vacunación de gripe , personal sanitario	
FORMULA	Porcentaje de personal sanitario vacunado de gripe
NUMERADOR	Nº de personas vacunadas
DENOMINADOR	Nº de personas a vacunar
FUENTE DE DATOS	Registro vacunas

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 en dónde se le ha administrado. En el denominador se contabilizarán el personal sanitario 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	Mantener Medición
EVALUACIÓN	ANUAL



3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA

OBJ. ESPECÍFICO 1.1: Códigos Infarto trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min (traslados primarios)

INDICADOR: % pacientes clasificados como "código infarto" trasladados al hospital idóneo en tº adecuado

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de "Alerta Código Infarto" con tiempo transferencia ≤ 60 min
DENOMINADOR	Nº de "Alerta Código Infarto" .
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Códigos Infarto trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min
META	$\geq 75\%$
EVALUACIÓN	Bimestral

OBJ. ESPECÍFICO 1.2: Códigos ICTUS trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min(traslados primarios)

INDICADOR: % pacientes clasificados como "código ICTUS" trasladados al hospital idóneo en tº adecuado

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de "Alerta Código ICTUS" con tiempo de transferencia ≤ 60 min
DENOMINADOR	Nº de "Alerta Código ICTUS"
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Códigos ICTUS trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min
META	$\geq 75\%$
EVALUACIÓN	Bimestral

OBJ. ESPECÍFICO 1.3: Traumas Graves trasladados al H. idóneo en un tiempo ≤ 60 min (traslados primarios)

INDICADOR % de pacientes clasificados como trauma grave trasladados al hospital en tiempo adecuado.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de "Alerta Trauma Grave" con tiempo transferencia ≤ 60 min
DENOMINADOR	Nº de "Alerta Trauma Grave"
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Traumas graves trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min. Se excluye en los que es precisa la extricación del paciente.
META	$\geq 70\%$
EVALUACIÓN	Bimestral

OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1: Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles

INDICADOR: Porcentaje de incidencias detectadas en temperatura de neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las unidades asistenciales (UUAA).

FORMULA	1.- Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de registros fuera de rango en temperatura de neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las UUAA
DENOMINADOR	Nº total de registros en temperatura de neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las UUAA.
FUENTE DATOS	Sistemas de información SUMMA 112

COMENTARIOS	
META	1.- ≤ 6%
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2: Revisión de los carros de parada,

INDICADOR: Porcentaje de correcta cumplimentación del registro de revisión

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de registros de revisiones efectuadas
DENOMINADOR	Nº de registros de revisiones previstas
FUENTE DE DATOS	Sistemas de información SUMMA 112
COMENTARIOS	
META	≥ 80%
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO GENERAL 3: MEJORAR LA ADECUACION DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A CADA GRADO DE URGENCIA

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1: Mejorar el tiempo de respuesta en incidentes 0

INDICADOR : Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0

FORMULA	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar en incidentes 0.
NUMERADOR	NO APLICA
DENOMINADOR	NO APLICA
FUENTE DE DATOS	Sistema de Información SUMMA112
COMENTARIOS	Es la mediana del tiempo
META	≤ 15 minutos/ + 5 min
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2: Mejorar el tiempo de respuesta en incidentes 1

INDICADOR Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1.

FORMULA	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar incidentes 1 .
NUMERADOR	NO APLICA
DENOMINADOR	NO APLICA
FUENTE DE DATOS	Sistemas de información SUMMA 112
COMENTARIOS	Es la mediana del tiempo
META	≤ 60 minutos/ + 15 min
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO GENERAL 4: MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL DE MÉDICOS Y ENFERMERAS

O. ESPECÍFICO 4.1: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dolor torácico de características isquémicas.

INDICADOR % de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	1.- Nº de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES diagnósticos específicos) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones 2.- Nº de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.
DENOMINADOR	1 y 2.- Nº de pacientes atendidos con dolor torácico de características isquémicas (CIES diagnósticos específicos) atendidos.
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA del Informe Clínico Electrónico.
COMENTARIOS	CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: En dolor torácico de características isquémicas, ECG de doce derivaciones con interpretación.
META	1.- $\geq 85\%$ y 2.- $\geq 60\%$
EVALUACIÓN	Mensual (realización ECG) / Trimestral (Registro valoración ECG)

O. ESPECÍFICO 4.2: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dificultad respiratoria.

INDICADOR % de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia respiratoria.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia respiratoria.
DENOMINADOR	Nº de pacientes con dificultad respiratoria (CIES diagnósticos específicos) .
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
COMENTARIOS	CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: En pacientes con dificultad respiratoria siempre medir frecuencia respiratoria.
META	$\geq 50\%$
EVALUACIÓN	Mensual (FR),

O. ESPECÍFICO 4.3: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con sospecha de patología infecciosa.

INDICADOR % de pacientes con patología infecciosa (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma la temperatura (T^a) y frecuencia respiratoria (FR) (o registro de ausencia o presencia de “taquipnea”)

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con sospecha de patología infecciosa (CIES diagnósticos específicos) en los que se toma la T^a y FR (o registro de “taquipnea”).
DENOMINADOR	Nº de pacientes con patología infecciosa (CIES diagnósticos específicos)
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE

COMENTARIOS	CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: En pacientes con patología infecciosa recoger siempre Tª y FR o registro de si tiene o no taquipnea.
META	≥ 60%
EVALUACIÓN	Mensual

O. ESPECÍFICO 4.4: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con Trauma grave

INDICADOR % de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con Trauma Grave (CIES diagnósticos específicos) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.
DENOMINADOR	Nº de pacientes con Trauma Grave (CIES diagnósticos específicos) atendidos
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
COMENTARIOS	1.- CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: o En trauma grave siempre recoger siempre la reevaluación del paciente.
META	≥ 80%
EVALUACIÓN	Registro de SIS a través del apartado del ICE "evolución"

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.5: Mejorar la atención en los Estatus Epilépticos

INDICADOR: % de pacientes con Estatus Epiléptico trasladados al hospital que recibe doble terapia con Benzodiacepina y Levetiracetam

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con Estatus Epiléptico a los que se ha administrado Benzodiacepinas y Levetiracetam por el SUMMA112
DENOMINADOR	Nº total de pacientes con Estatus Epiléptico atendidos por el SUMMA112 y trasladados al hospital (se excluyen éxitus).
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Se inicia la medición en 2022
META	≥ 30%
EVALUACIÓN	Trimestral

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.6: Mejorar la competencia profesional en los traumatismos de alta energía.

INDICADOR: % REGISTRO DE INMOVILIZACIÓN PÉLVICA en las situaciones clínicas que lo requieran (traumatismos de alta energía).

FORMULA	Numerador / Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con traumatismos de alta energía (CIES ESPECÍFICOS) que tienen registrada la inmovilización con faja pélvica
DENOMINADOR	Nº total de pacientes con traumatismos de alta energía (CIES ESPECÍFICOS)
FUENTE DE DATOS	SIS

COMENTARIOS	Se incluye en el campo de inmovilizaciones del inf. clínico electrónico la Faja Pélvica.
META	Iniciar el registro a lo largo de 2024
EVALUACIÓN	Anual, a finales de 2024

OBJETIVO GENERAL 5: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (OB 1 DGHAYSP)

INDICADOR 1: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	
FORMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas 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	Acciones propuestas: 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 que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Acción 2: Objetivos prioritarios. - Desarrollo de al menos 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 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. Acción 3: Actuaciones prioritarias: Incluir actuaciones para la formación de profesionales en notificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación con CISEMadrid Impulsar la notificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación a través de CISEMadrid (80% de IS/EM identificados con informe validado, estableciendo como nº mínimo de identificados: 100) Acción 4: Realizar autoevaluación de acuerdo con el Marco de centros excelentes en seguridad del paciente
META	Acción 1: Al menos 1 Ronda por cada Unidad Funcional del SUMMA112. Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios. Acción 3: Conseguidas las 2 acciones prioritarias. Acción 4: Realizada autoevaluación
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

INDICADOR 2: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	
FORMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (1).
FUENTE DATOS	Autodeclarado. Validación por la SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1. Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención>95%)
META	Acción 1: Realizada autoevaluación HM alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio (consolidación). PBA punto de atención >95%
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

INDICADOR 3: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	
FORMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas para la mejora de atención al dolor
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (2).
FUENTE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor como una quinta constante, mediante escalas de valoración. Acción 2: Desarrollo de al menos 4 líneas de actuación en la Comisión de atención al dolor, siendo prioritarias: 1. Promover la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo en el abordaje del dolor y/o en la Comisión de Atención al Dolor 2. Desarrollar al menos 1 acción de mejora frente a riesgos en el manejo del dolor identificados con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) 3. Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de atención al dolor a los profesionales
META	Acción 1: ≥40% Acción 2: 100% 4 líneas de actuación incluidas las líneas prioritarias
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

OBJETIVO GENERAL 6: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD (DGHAYSP)

INDICADOR Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	
FORMULA	(Numerador/Denominador)*100

NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3)
FUENTE DE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCASP
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Realizar autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Acciones Prioritarias en Gestión Ambiental: - Tener implantado Sistema de Gestión Ambiental (SGA) o certificado UNE EN ISO 14001:2015; - Realizar la medición de la huella de carbono, 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. 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.
META	Acción 1: Realizada autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Tener implantado el SGA (70%); medición de la huella de carbono (20%); acción de mejora en descarbonización (10%) Acción 3: Cumplimentar cuestionario RS (50%) y desarrollar al menos 2 planes de mejora derivados del análisis de los resultados del cuestionario 2024 (50%)
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN PROFESIONALES EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ORGANIZACIÓN

O.ESPECÍFICO 1.1: ALCANZAR QUE AL MENOS EL 70% DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL SUMMA112 EN EL AÑO EN CURSO

INDICADOR: % Profesionales sanitarios distintos que han participado en cursos del Plan de Formación Continuada del SUMMA112 incluidos en las líneas estratégicas de la organización

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº Profesionales sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en el Plan de Formación Continuada del SUMMA112 por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH

COMENTARIOS	Profesionales sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas. Incluye tanto la Formación Descentralizada del Plan de Formación propio del SUMMA112 como la oferta de centralizada de actividades formativas incluidas en las LE del SUMMA112. Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
META	≥ 70%
EVALUACIÓN	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2: ALCANZAR QUE AL MENOS EL 15% DE LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL SUMMA112 EN EL AÑO EN CURSO

INDICADOR % Profesionales no sanitarios distintos que han participado en cursos del Plan de Formación Continuada del SUMMA112 de las líneas estratégicas de la organización

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº Profesionales no sanitarios distintos que han participado en cursos del Plan de Formación Continuada del SUMMA112 de Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
COMENTARIOS	Profesionales no sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas. Incluye tanto la Formación Descentralizada del Plan de Formación propio del SUMMA112 como la oferta de centralizada de actividades formativas incluidas en las LE del SUMMA112.
META	≥ 15%
EVALUACIÓN	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3: ALCANZAR QUE AL MENOS EL 30% DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN EN UNO DE LOS CÓDIGOS DE EMERGENCIAS (ICTUS, CERO, POLITRAUMA, INFARTO, SEPSIS).

INDICADOR % de profesionales sanitarios que han participado en formación en uno de los Códigos.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de profesionales sanitarios distintos que hayan realizado formación en uno de los códigos ICTUS, INFARTO, CERO, POLITRAUMA Y SEPSIS, incluidos en el Plan de Formación Continuada.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
COMENTARIOS	Tanto la formación que dan las comisiones como la oferta externa que entra en el PFC del SUMMA112. Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
META	≥ 30%

EVALUACIÓN	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.
-------------------	--

OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA CAPACITACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE LOS PROFESIONALES

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1: PROMOVER LA INVESTIGACIÓN OFERTANDO AL MENOS DOS ACTIVIDADES FORMATIVAS UNA PARA NIVEL BÁSICO Y OTRA PARA NIVEL AVANZADO DE INVESTIGACIÓN

INDICADOR:

1.- % de profesionales sanitarios distintos que acuden a actividad de formación en investigación.

2.- Número de profesionales que realizan un itinerario formativo (acuden a al menos dos cursos).

FORMULA	1.- Numerador/Denominador * 100 // 2.- Número
NUMERADOR	Número de profesionales sanitarios que realizan al menos una actividad de formación en investigación.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
COMENTARIOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
META	1.- $\geq 5\%$ // 2.- Igual o Tendencia ascendente
EVALUACIÓN	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.

OBJETIVO 1: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

Objetivo 1 hospitales DG de Investigación y Docencia HOSPITALES/ AP/ SUMMA 112

INDICADOR 1. Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2024, gestionado por la DG de Investigación, y Docencia del centro

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Presupuesto ejecutado correspondiente a actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el SUMMA 112
DENOMINADOR	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para SUMMA 112.
FUENTE DE DATOS	La fuente de datos para el seguimiento serían los datos de SUMMA 112, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación y Docencia, a través de la aplicación FOCO.
COMENTARIOS	Sería aplicable al ámbito asistencial hospitalario, de atención primaria y SUMMA 112. La referencia sería siempre sobre 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 y Docencia.
META	$\geq 95\%$.
EVALUACIÓN	ANUAL. Puede realizarse un corte a los 6 meses.

INDICADOR 2: Porcentaje de actividades formativas desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas), respecto al total de actividades

<i>desarrolladas dentro del Plan de Formación Continuada 2024, aprobado por la DG de Investigación Docencia e Innovación, de SUMMA 112.</i>	
FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el SUMMA112
DENOMINADOR	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro el SUMMA 112
FUENTE DE DATOS	La fuente de datos para el seguimiento son los datos de SUMMA 112, 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	≥ 25%
EVALUACIÓN	ANUAL Puede realizarse un corte a los seis meses.

OBJETIVO 2: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN. (Ob 2 DGID)	
INDICADOR 2.a: <i>Nº de proyectos de investigación activos por cada 1000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)</i>	
FÓRMULA	
NUMERADOR	(Nº absoluto de proyectos activos durante 2024 *1000 / Nº de PSFU en 2023) – (Nº absoluto de proyectos activos en 2024 *1000 / Nº de PSFU en 2023)
DENOMINADOR	(Nº absoluto de proyectos activos en 2024 * 1000 / Nº de PSFU en 2023)
FUENTE DE DATOS	DG de Investigación y Docencia. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS	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. 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. El indicador se corresponde con el denominado “Proyectos activos” dentro del epígrafe “Proyectos de Investigación” del Observatorio de Resultados del SERMAS.
META	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%
EVALUACIÓN	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.

	Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación
INDICADOR 2: Número de investigadores en proyectos de investigación activos.	
FORMULA	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2024
NUMERADOR	(Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2024) – (Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2023)
DENOMINADOR	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2023
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	Investigadores con participación en proyectos: Profesionales con vinculación funcionarial, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan: (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 (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. 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. El indicador se corresponde con el denominado “Investigadores con participación en proyectos” del Observatorio de Resultados del SERMAS.
META	Igual o mayor al 90% del valor indicado en 2023
EVALUACIÓN	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación

OBJETIVO: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO. (Objetivo 3 DGID)	
INDICADOR: Nº de publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/o PubMed en las que participan profesionales del SUMMA 112 por cada 100 Profesionales Sanitarios con Titulación Universitaria (PSFU)	
FORMULA	Porcentaje de variación.
NUMERADOR	(Nº absoluto de publicaciones con autores del SUMMA 112 en 2024 *100 / Nº de PSFU en 2024) – (Nº absoluto de publicaciones con autores del SUMMA 112 en 2023 *100 / Nº de PSFU en 2023)
DENOMINADOR	Nº de PSFU en 2024
FUENTE DE DATOS	DG de Investigación y Docencia. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid

COMENTARIOS	Publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/ o PubMed: Número de artículos publicados, en el año evaluado, en revistas científicas recogidas en las bases de datos Scopus, web of Science y/o PubMed, y en los que al menos un autor tenga filiación con el centro o esté adscrito al Instituto de Investigación Sanitario. En las publicaciones se consideran únicamente artículos originales y revisiones. No se incluyen editoriales, publicaciones en prensa, cartas al editor, libros ni capítulos de libros. El indicador se corresponde con el denominado “Publicaciones recogidas en Scopus, WoS, PubMed” del Observatorio de Resultados del SERMAS.
META	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15 %
EVALUACIÓN	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a que se haya alcanzado la meta. Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación La declaración en 2024 del valor “0” para los indicadores de número de publicaciones, proyectos activos o investigadores en proyectos activos motiva una puntuación de cero .



VII RECURSOS HUMANOS

PUESTOS DE DIRECCIÓN SUMMA 112	
PUESTOS DIRECTIVOS	DOTACIÓN
DIRECTOR/A GERENTE	1
DIRECTOR/A MÉDICO	2
DIRECTOR/A DE GESTIÓN Y SS.GG.	1
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	1
SUBDIRECTOR/A MÉDICO	3
SUBDIRECTOR/A DE GESTION	2
SUBDIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	2
TOTAL PUESTOS DIRECTIVOS	12

JEFATURAS Y PUESTOS SANITARIOS			
JEFATURAS Y OTROS PUESTOS MÉDICOS	DOTACIÓN	JEFATURAS Y OTROS PUESTOS SANITARIOS	DOTACIÓN
JEFE DE SERVICIO	1	SUPERVISOR/A DE UNIDAD DE ENFERMERÍA	9
COORDINADOR/A MÉDICO DE EQUIPOS	5	ENFERMERO/A JEFE DE ATENCIÓN AL USUARIO	1
RESPONSABLE DE UNIDAD FUNCIONAL	15		
RESPONSABLE DE UNIDAD FUNCIONAL (JEFE DE GUARDIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	9		
TOTAL JEFATURAS MÉDICAS	30	TOTAL PUESTOS ENFERMERÍA	10

PERSONAL SANITARIO			
REG. JURIDICO	PERSONAL SANITARIO	DOTACIÓN	FIJOS E INTERINOS
ESTATUTARIO	FACULTATIVO ESPECIALISTA (MED. TRABAJO Y PSICOLOGO CLINICO)	10	10
ESTATUTARIO	FARMACÉUTICO/A	2	2
ESTATUTARIO	MÉDICO DE URGENCIA Y EMERGENCIA	559	433
ESTATUTARIO	ENFERMERO/A ESPECIALISTA	3	3
ESTATUTARIO	ENFERMERO/A DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	369	350
LABORAL	DIPLOMADO EN ENFERMERÍA	3	2
FUNCIONARIO	DIPLOMADO EN ENFERMERÍA	24	24
ESTATUTARIO	TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO	6	6
ESTATUTARIO	TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR	6	6
ESTATUTARIO	TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS	632	620
ESTATUTARIO	TÉCNICO MEDIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	20	18
	TOTAL PERSONAL SANITARIO	1634	1474

PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS			
REG. JURIDICO	PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	DOTACIÓN	FIJOS E INTERINOS
ESTATUTARIO	GRUPO TÉCNICO DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	9	6
ESTATUTARIO	PERSONAL TÉCNICO TITULADO SUPERIOR	1	1
ESTATUTARIO	TÉCNICO SUPERIOR DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	3	2
ESTATUTARIO	GRUPO DE GESTIÓN DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	7	5
ESTATUTARIO	PERSONAL TÉCNICO DE GRADO MEDIO	3	3
ESTATUTARIO	TÉCNICO DE GESTIÓN DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	5	4
ESTATUTARIO	GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	19	13
ESTATUTARIO	TÉCNICO ESPECIALISTA DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	5	5
ESTATUTARIO	CONDUCTOR/A	42	36
FUNCIONARIO	AUXILIAR DE TRANSPORTE SANITARIO	49	49
ESTATUTARIO	GRUPO AUXILIAR DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	65	64
ESTATUTARIO	LOCUTOR/A	11	10
ESTATUTARIO	CELADOR/A	74	66
	TOTAL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	293	264

PUESTOS Y CATEGORIAS SUMMA 112	DOTACIÓN
PERSONAL DIRECTIVO	12
PUESTOS Y JEFATURAS SANITARIAS	40
PUESTOS Y JEFATURAS DE GESTIÓN Y SERVICIOS	123
PERSONAL SANITARIO	1634
PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	293
TOTAL PLANTILLA SUMMA 112	2102

