



Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Contrato Programa con la Gerencia del Hospital Universitario Infanta Leonor

02 de febrero de 2022



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	2
II. MARCO NORMATIVO	2
III. MARCO ESTRATÉGICO	4
IV. CONSIDERACIONES GENERALES	5
V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO	9
VI. ANEXO I - FICHAS DE INDICADORES	10
1. PERSPECTIVA DE SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	10
2. PERSPECTIVA DE ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	12
3. PERSPECTIVA DE MEJORA DE PROCESOS	19
4. PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	25
VII. ANEXO II – RRHH / CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO	30
1. RR.H.H.	30
2. CARTERA DE SERVICIOS	33
3. EQUIPAMIENTO	34



I. INTRODUCCIÓN

Los contratos programa (C.P.) en el Servicio Madrileño de Salud son acuerdos entre su Dirección General, representada por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, y las gerencias de los distintos centros asistenciales.

Mediante el C.P. se establece un compromiso 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 Servicio Madrileño de Salud y las principales líneas de actuación en política sanitaria que determina la Comunidad de Madrid.

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



- La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales.
- El establecimiento de medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.
- La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.
- La planificación y gestión de las políticas de recursos humanos referidas al personal de las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud y sus Entes dependientes o adscritos.
- La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el Servicio Madrileño de Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.
- La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
- La 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 Servicio Madrileño de Salud, en su artículo 24 regula el Contrato Programa de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud 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 Contrato Programa 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 Contrato Programa.

El apartado 6 de dicho artículo establece que el cumplimiento del Contrato Programa 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 fue aprobado en Comisión de Dirección en diciembre de 2020, y posteriormente, ratificado en octubre de 2021.

En él, se recogen 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 (branding).
- 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 Contrato Programa, 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 hospitalario, para el bienio 2022-2023 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 2022 se han establecido como elementos fundamentales de actuación en el ámbito hospitalario los siguientes objetivos:

- Facilitar respuesta ágil y profesional a las expectativas de los ciudadanos.



- Buscar la participación activa de los pacientes para lograr un mejor autocuidado de su salud.
- Responder asistencialmente a la cronicidad de las enfermedades.
- Incorporar de forma eficiente las nuevas tecnologías diagnósticas.
- Mantener a los profesionales capacitados y motivados (gestión de competencias).

En virtud de lo señalado, el presente Contrato Programa 2022 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Hospital Universitario Infanta Leonor y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

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 H.U. Infanta Leonor 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, de acuerdo con el detalle que aparece en el apartado VII y que será ofertada a todos los ciudadanos que constituyen su población asignada, determinada conforme a los siguientes parámetros:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)				
307.888				
Distribución población TSI según tramos etarios				
0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
6.620	41.267	211.826	32.078	16.097

Asimismo, el H.U. Infanta Leonor 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 H.U. Infanta Leonor 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 2022.

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

Capítulo I	Gastos de Personal	90.326.292 €
	Formación de Personal Sanitario	1.213.761 €
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	49.717.560 €

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. En la dotación establecida para gastos de personal en el ejercicio 2022, se incluye el incremento del 2 % de las retribuciones del personal.

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2022 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 H.U. Infanta Leonor para el presente ejercicio.

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

- El gasto ocasionado por la gestión de Covid-19.
- 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 H.U. Infanta Leonor los recursos humanos y los medios estructurales conforme al detalle que de unos y otros figuran en el apartado VII del presente Contrato Programa.

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 H.U. Infanta Leonor ante la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias (Decreto 2/2022, de 26 de enero, por el que se establece la estructura directiva del SERMAS) 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 Infanta Leonor 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 **670.554,92 €** que se harán efectivos de forma semestral.

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 H.U. Infanta Leonor 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 Hospitales e Infraestructuras Sanitarias la actividad realizada conforme a dichos créditos en el modelo normalizado establecido a tal efecto.

4. Respecto de la facturación y cobros del H.U. Infanta Leonor 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: 974.853,63 €



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.

Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid a 2 de febrero de 2022.

El Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública
y Director General del Servicio Madrileño de Salud

La Directora Gerente del
Hospital Universitario Infanta Leonor

D. Antonio Zapatero Gaviria

D^a. Carmen Pantoja Zarza



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS Ponderación: 35/100	1.1. Cumplir la asignación presupuestaria del Cap. I	DGRRHH	1. Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. I.	14
	1.2. Mejorar de la gestión de RRHH	DGRRHH	2. Remisión de los distintos informes a RRHH, en tiempo y forma, debidamente cumplimentados	2
		DGRRHH	3. Tasa de interinidad (Porcentaje)	1
	1.3. Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II	DGEFF	4. Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. II	10
		DGEFF	5. Cumplimiento del objetivo de facturación prevista para el centro	2
	1.4. Incrementar los registros SIFCO en la aplicación SIFCO WEB	DGHIS	6. Tasa de registros en SIFCO WEB finalizados correctamente	1
	1.5. Mejorar la eficiencia en medicamentos de alto impacto	DGEFF	7. Coste del tratamiento de patologías de alto impacto	2
		DGEFF	8. Coste del tratamiento de patologías oncológicas de alto impacto	2
		DGEFF	9. % de pacientes totales con medicación especial	1
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS Ponderación: 25/100	2.1. Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	DGHAP	10. % de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	2
		DGHAP	11. % de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	2
	2.2. Mejorar la atención y la autonomía del paciente	DGHAP	12. % de acciones desarrolladas de bioética asistencial	2
		DGHAP	13. % de acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones	2
	2.3. Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria	DGHAP	14. % de acciones desarrolladas para el despliegue de la estrategia de humanización	3
		DGHAP	15. Implementación de un sistema de difusión de actividades y recursos on line de EMS para todos los profesionales	1
	2.4. Facilitar los tiempos de espera para consultas hospitalarias, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas	DGHIS	16. % de pacientes con espera > 60 días para la primera consulta	6
		DGHIS	17. % de pacientes con espera > 60 días para realización de pruebas diagnósticas	3
		DGHIS	18. % de pacientes con espera > 180 días en lista de espera quirúrgica estructural	3
	2.5. Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes	DGSP	19. Cobertura de vacunación de gripe de personal sanitario	1
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS Ponderación: 25/100	3.1. Mejorar la eficiencia y los cuidados en los procesos de hospitalización	DGHIS	20. IEMA (Índice de Estancia Media Ajustada)	1,5
		DGHIS	21. % de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	1,5
	3.2. Optimizar la atención de los servicios de urgencias hospitalarias	DGHIS	22. Número de días durante 2022 con pacientes con orden de ingreso y permanencia en urgencias de 24 horas o más	3
	3.3. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales	DGHIS	23. % de e-consulta resuelto en menos de 72 h	3
	3.4. movilizar de forma precoz a pacientes mayores de > 75 años ingresados en las plantas de hospitalización médica	DGCSS	24. Implementación programa movilización precoz que se desarrolle en cada hospital	4
	3.5. Reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y resistencias antimicrobianas	DGSP	25. Incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica órgano espacio de los procedimientos de vigilancia obligatoria	1,5
		DGSP	26. Vigilancia staphylococcus aureus resistente a la metilicina en hospitales (SARM)	1,5
	3.6. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente	DGHAP	27. % de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	2
		DGHAP	28. % de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	2
		DGHAP	29. % de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	1
	3.7. Consolidar la gestión de la calidad	DGHAP	30. % de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	4

PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN Ponderación: 15/100	4.1. Identificar medidas de mejora en los procesos asistenciales promovidas por los profesionales	DGHIS	31. Número de proyectos de mejora elevados por los profesionales validados por las Direcciones Gerencias	3
	4.2. Garantizar la seguridad en el acceso a los sistemas de información y a los datos	DGSIES	32. % de usuarios existentes en el Directorio Activo del centro con contrato vigente	1,5
	4.3. Mejorar el nivel de seguridad en el uso de los sistemas de información	DGSIES	33. Probabilidad e impacto de las posibles amenazas y vulnerabilidades de seguridad de carácter físico, lógico o ambientales en los sistemas	1,5
	4.4 Impulsar las tecnologías de la información en salud en línea con los objetivos estratégicos del SERMAS	DGIDD	34. Grado de impulso de iniciativas en materia TIC en línea con los objetivos estratégicos del SERMAS marcados por la DGSIES	1
	4.5 Impulsar la realización de actividades de formación continuada y potenciar el desarrollo de actividades en formato virtual dirigidas a los profesionales	DGIDD	35. % de ejecución del presupuesto destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2002 , gestionado por DG de Investigación, Docencia y Documentación, del centro	2
		DGIDD	36. % 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 y Documentación, en el centro	2
	4.6 Potenciar la participación en proyectos de investigación	DGIDD	37. Nº de proyectos de investigación activos por cada 1.000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
		DGIDD	38. Nº de investigadores en proyectos de investigación activos	2



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

VI. ANEXO – FICHAS DE INDICADORES

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

OBJETIVO 1.1: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAPÍTULO I	
INDICADOR 1: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO I	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Gasto computable en CAP. I a efectos del Contrato Programa 2022
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2022
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 Covid-19, 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:	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 %. 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 de los centros.

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><u>ACCION 1:</u> Cumplimentar correctamente las fichas FGRM y fichas COVID-19 y remitir la información antes del día 28 de cada mes.</p> <p><u>ACCION 2:</u> Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes.</p> <p><u>ACCION 3:</u> Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p><u>ACCION 4:</u> 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: TASA DE INTERINIDAD (Porcentaje)	
FÓRMULA:	Número de interinos nombrados / número de interinos autorizados * 100
NUMERADOR:	Número de interinos nombrados
DENOMINADOR:	Número de interinos autorizados
FUENTE DE DATOS:	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
COMENTARIOS:	El plazo para realizar el nombramiento será de tres meses desde la fecha de su autorización.
META:	Mayor o igual que el 95 %
EVALUACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> Mayor o igual que el 95 % = 2 puntos. Valoración regresiva desde 95 % hasta 50 %. Por debajo o igual al 50 % = 0 puntos.

OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	
INDICADOR 4: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO II	
FÓRMULA:	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del Capítulo II
NUMERADOR:	Gasto realizado en Capítulo II a efectos del Contrato Programa 2022
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo II asignado en Contrato Programa 2022
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 2022 y previa aprobación de la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias.
META:	1
EVALUACIÓN:	1 o menos = cumplimiento 100% Valoración regresiva desde más de 1 hasta 1,02 Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.
INDICADOR 5: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Facturación a terceros realizada en 2022
DENOMINADOR:	Facturación a terceros esperada para 2022
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
COMENTARIOS:	
META:	1
EVALUACIÓN:	Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0



OBJETIVO 1.4: INCREMENTAR LOS REGISTROS SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB

INDICADOR 6: TASA DE REGISTROS EN SIFCO WEB FINALIZADOS CORRECTAMENTE

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Total de Registros Finalizados (en el periodo de evaluación)
DENOMINADOR:	Total 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 como atención registrada.
META:	Igual o superior a 8%
EVALUACIÓN:	Se tomará como referencia los datos del ejercicio 2020

OBJETIVO 1.5: MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO

INDICADOR 7: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO

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 2022
META:	Tendencia favorable: descendente
EVALUACIÓN:	Trimestral

INDICADOR 8: COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS DE ALTO IMPACTO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Coste acumulado de los tratamientos con fármacos oncológicos en Cáncer de Mama y Cáncer de Ovario
DENOMINADOR:	Paciente dispensado medio con esta patología
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 2022
META:	Tendencia favorable: descendente
EVALUACIÓN:	Trimestral

INDICADOR 9: PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES EN TTO. CON INFLIXIMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RITUXIMAB IV, TRASTUZUMAB IV Y BEVACIZUMAB BIOSIMILAR

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de pacientes totales en tto. con Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv y Bevacizumab biosimilar
DENOMINADOR:	Número total de pacientes en tto. con Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv y Bevacizumab biosimilar (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 2022
META:	Tendencia favorable: ascendente
EVALUACIÓN:	Trimestral



2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	
INDICADOR 10: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones de calidad percibida desarrolladas *100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3)
FUENTE DE DATOS:	<p><u>Acción 1:</u> Encuesta de satisfacción de los usuarios del SERMAS 2022</p> <p><u>Acción 2 y 3:</u> Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS)</p>
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <p><u>Acción 1:</u> Satisfacción global con la atención recibida en 2022. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados)</p> <p><u>Acción 2:</u> Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2021. 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 $\geq 95\%$</p> <p><u>Acción 3:</u> Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.</p> <p>Las líneas prioritarias son:</p> <p>Grupo 1 y 2: Entrevista semiestructurada a pacientes clave y promover la participación de los pacientes en los comités</p> <p>Grupo 3: Además de las anteriores, otra técnica de tipo cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiares.</p>
META:	<p><u>Acción 1:</u> Mejor de su grupo de hospitales o $\geq 90\%$</p> <p><u>Acción 2:</u> 5 acciones de mejora derivadas de la encuesta</p> <p><u>Acción 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 2 prioritarias. - Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 3 prioritarias.
EVALUACIÓN:	<p>Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>
INDICADOR 11: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (3)
FUENTE DE DATOS:	<p><u>Acción 1:</u> Observatorio de Resultados</p> <p><u>Acción 2 y 3:</u> Autodeclarado y validado por la SGCAyCS</p>
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas:</p> <p><u>Acción 1:</u> Cumplir con los indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente y alcanzar el estándar. El estándar en indicadores ajustados se considera RME e IC ≤ 1; y en indicadores no ajustados P65 del grupo.</p> <p><u>Acción 2:</u> Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados 2021. 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).</p> <p><u>Acción 3:</u> Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio.</p>

META:	Acción 1: $\geq 90\%$ 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%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

INDICADOR 12: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas * 100
DENOMINADOR:	Nº de acciones propuestas (2)
FUENTE DE DATOS:	Acción 1: Aplicación ARETEO Acción 2: Autodeclarado por el Centro Sanitario
COMENTARIOS:	Acciones propuestas: Acción 1: Porcentaje de solicitudes de inscripción de Instrucciones Previas (IIPP) presentadas en el centro sanitario e inscritas en el Registro de IIPP de la Consejería de Sanidad. El nº de IIPP otorgadas en un centro sanitario debe coincidir con las registradas (el motivo de no coincidencia es por errores en cumplimentación que imposibilitan su inscripción en el Registro autonómico). Acción 2: Porcentaje de conflictos éticos en los que se ha seguido la recomendación del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del centro sanitario.
META:	Acción 1: $>50\%$ Acción 2: $> 50\%$
EVALUACIÓN:	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

INDICADOR 13: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas
FUENTE DE DATOS:	Subdirección General de Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS:	Acción 1: Disminución de la reclamación por motivo más frecuente ((Nº reclamaciones en 2022, por el motivo más frecuente - nº reclamaciones en 2021, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones por el mismo motivo en 2021) Acción 2: Reducción de las reclamaciones de trato inadecuado ((Nº reclamaciones por motivo trato en 2022 - nº reclamaciones en 2021, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones de trato de 2021)
META:	Acción 1: $\leq -5\%$ (Cumplimiento 100%) Acción 2: 0 o reducción de un 25% (Cumplimiento 100%) Reducción entre el 20-24% = cumplimiento del 75% Reducción entre el 15-19% = cumplimiento del 50% Reducción entre el 10-14% = cumplimiento del 25%
EVALUACIÓN:	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

OBJETIVO 2.3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	
INDICADOR 14: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Existencia de actas e informes
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <p><u>Acción 1:</u> Difusión del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025. Indicar % de unidades que han participado en sesiones informativas y acciones formativas destinadas a la difusión del Plan de Humanización.</p> <p><u>Acción 2:</u> Implantación de los Referentes de humanización por servicios/unidades. Indicar % de referentes de humanización designados.</p> <p><u>Acción 3:</u> Realización de autoevaluación del Modelo SER + HUMANO. Realización de autoevaluación según el cuestionario remitido por la SG de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Indicar SÍ/NO.</p>
META:	<p>Actividad 1: Sesiones informativas y acciones formativas en > 80% de los servicios y unidades hospitalarias.</p> <p>Actividad 2: Servicios/Unidades asistenciales del hospital que disponen de "Referente de humanización" > 80% (1 referente en cada Servicio/Unidad asistencial)</p> <p>Actividad 3: Elaboración del informe de resultados de la autoevaluación mediante el Modelo SER+HUMANO.</p>
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)
INDICADOR 15: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIFUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECURSOS ON LINE DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD A TODOS LOS PROFESIONALES	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
COMENTARIOS:	<p>Aclaraciones: Alcanzar el valor de la meta supone que se puede verificar que existe un circuito efectivo de difusión a los profesionales de las actividades y recursos online de la Escuela Madrileña de Salud para la ciudadanía</p> <p>La Escuela Madrileña de Salud envía periódicamente un correo electrónico a los centros con la información de sus próximas actividades virtuales y recursos online, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual.</p> <p>Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadores y ciudadanía es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial.</p> <p>El propósito de este indicador es que los profesionales conozcan las actividades y recursos de la escuela y puedan indicarlos a la ciudadanía como recurso de capacitación y alfabetización en salud. EXCLUSIONES: no existen</p>
META:	Alcanzado: Existencia de un sistema de difusión de las actividades y recursos online de la Escuela Madrileña de Salud a todos los profesionales.



OBJETIVO 2.4: FACILITAR LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

INDICADOR 16: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA > 60 DÍAS PARA LA PRIMERA CONSULTA

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº Pacientes en LE CC.EE. estructural > 60 días * 100
DENOMINADOR:	Total de pacientes activos en LE Consultas Externas
FUENTE DE DATOS:	SICYT
COMENTARIOS:	La cuantificación de los días en LE se realizará mediante la fórmula: (fecha de inclusión - fecha de citación) La medición y evaluación de este indicador se realiza por grupo de hospitales según la clasificación del Catálogo de la Red de Hospitales del SERMAS.
META:	0%
EVALUACIÓN:	100%: Cumplimiento de la meta. 60%: Dato mejorado respecto al año anterior

INDICADOR 17: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA > 60 DÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº Pacientes en LET estructural > 60 días * 100
DENOMINADOR:	Total pacientes activos en LET
FUENTE DE DATOS:	SICYT
COMENTARIOS:	La cuantificación de los días en LE se realizará mediante la fórmula: (fecha de inclusión - fecha de citación) La medición y evaluación de este indicador se realiza por grupo de hospitales según la clasificación del Catálogo de la Red de Hospitales del SERMAS. Las pruebas de diagnóstico de imagen se contabilizarán en el centro que las realice (UCR).
META:	0%
EVALUACIÓN:	100%: Cumplimiento de la meta. 60%: Dato mejorado respecto al año anterior

INDICADOR 18: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA >180 DÍAS (LEQ ESTRUCTURAL)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº Pacientes en LEQ estructural >180 días * 100
DENOMINADOR:	Total de pacientes en LEQ estructural
FUENTE DE DATOS:	RULEQ
COMENTARIOS:	La medición y evaluación de este indicador se realiza por grupo de hospitales según la clasificación del Catálogo de la Red de Hospitales del SERMAS.
META:	0%
EVALUACIÓN:	La evaluación de este indicador requiere obligatoriamente el cumplimiento de las siguientes condiciones: 1) Entradas LEQ estructural/Salidas LEQ estructural < 1 2) Pacientes Prioridad 1 en LEQ estructural en espera +30 días = 0 en cada uno de los cortes mensuales. Ambas condiciones son necesarias, pero no suficientes, para la evaluación de este indicador. 100%: Cumplimiento de la meta 25%: Dato mejorado respecto al año anterior



OBJETIVO 2.5: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

INDICADOR 19: COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE, PERSONAL SANITARIA

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de personas vacunadas
DENOMINADOR:	Nº de personas a vacunar
FUENTE DE DATOS:	Listados de profesionales en activo durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe, que facilita cada uno de los centros hospitalarios.
COMENTARIOS:	<p>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.</p> <p>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</p> <p>Se incluye el personal de gestión y servicios.</p> <p>El indicador se realizará sobre el total del personal diana, aunque en el registro para seguimiento del objetivo se recogerá la categoría profesional.</p>
META:	80% (tasa objetivo OMS 75%)
EVALUACIÓN:	

3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

OBJETIVO 3.1: MEJORAR LA EFICIENCIA Y LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR 20: IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Días de estancia que un hospital ha utilizado para atender a sus pacientes durante el periodo evaluado.
DENOMINADOR:	Días que hubieran precisado el conjunto de hospitales de agudos de su grupo durante el periodo evaluado.
FUENTE DE DATOS:	CMBD
COMENTARIOS:	<p>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 al año anterior</p>
META:	1 o < de 1
EVALUACIÓN:	La consecución de la meta otorgará la puntuación total. Se valorará la mejora respecto al dato anterior

INDICADOR 21: PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLANES DE CUIDADOS DURANTE EL INGRESO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº pacientes dados de alta con planes de cuidados durante el ingreso.
DENOMINADOR:	Número de altas
FUENTE DE DATOS:	Cuadro de mando de la Gerencia de Cuidados
COMENTARIOS:	La metodología enfermera es el sistema diseñado para la aplicación del método científico a los cuidados profesionales que presta la enfermera a la población mediante



	los planes de cuidados. La medición de este indicador pretende favorecer la aplicación del conocimiento enfermero, permitiendo recoger y unificar la información, para facilitar la evaluación de resultados en salud y la mejora de los cuidados.
META:	80%
EVALUACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> 100%: Cumplimiento de la meta 75%: entre 70% y 79,99% 50%: resultado entre 65% y 69,99% 25%: resultado entre 60% y 64,99% 0%: resultado menor o igual de 59,99%

OBJETIVO 3.2: OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	
INDICADOR 22: NÚMERO DE DÍAS DURANTE 2022 CON PACIENTES CON ORDEN DE INGRESO Y PERMANENCIA EN URGENCIAS DE 24 HORAS O MÁS	
FÓRMULA:	Número de días
NUMERADOR:	N/A
DENOMINADOR:	CMDIR
FUENTE DE DATOS:	<p>Número de pacientes de urgencias activos en el momento de la ejecución de la descarga diaria con petición de ingreso en hospitalización del propio centro creada al menos 24 horas antes.</p> <p>La evaluación de este indicador se realizará sin tener en consideración contingencias sobrevenidas ajenas a la gestión propia del centro, así como, situaciones excepcionales o contingencias sobrevenidas debidamente justificadas con anticipación por el centro (obras, etc.)</p>
COMENTARIOS:	0
META:	La consecución de la meta otorgará la puntuación total. Se valorará la mejora respecto al año anterior.
EVALUACIÓN:	Número de días

OBJETIVO 3.3: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	
INDICADOR 23: PORCENTAJE DE eCONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 HORAS	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de interconsultas no presencial (eConsulta) resueltas en menos de 72 h
DENOMINADOR:	Total de interconsulta no presencial (eConsulta) resueltas
FUENTE DE DATOS:	Cuadro de mando de la Unidad de Continuidad Asistencial
COMENTARIOS:	Definición de resuelta
META:	90%
EVALUACIÓN:	Se consigue la máxima puntuación con el 90%. Baremos a partir de aumento del 20% hasta el 100% (especificar baremo)



OBJETIVO 3.4: MOVILIZAR DE FORMA PRECOZ A LOS PACIENTES > DE 75 AÑOS INGRESADOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

INDICADOR 24: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN PRECOZ QUE SE DESARROLLE EN CADA HOSPITAL

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de pacientes > de 75 años con Índice de Barthel >50 que durante el ingreso hospitalario en los servicios diana (al menos en 2 de ellos), se incluyen en el Programa de Movilización Precoz
DENOMINADOR:	Nº total de pacientes > de 75 años con Índice de Barthel >50 hospitalizados en los servicios diana (definidos en el numerador)
FUENTE DE DATOS:	Historia Clínica de Enfermería
COMENTARIOS:	<p>Desarrollo del Programa de Movilización Precoz que recoja los requisitos mínimos establecidos:</p> <p>La población diana serán las personas > de 75 años ingresadas con Índice de Barthel > o igual a 50 (dependencia leve/ moderada), ingresadas en los servicios de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Endocrino, Digestivo, Nefrología y Geriátrica.</p> <p>El Programa además de contemplar acciones orientadas a la movilización precoz debe incluir actuaciones dirigidas a fomentar la continencia urinaria y fecal.</p> <p>La fuente será la Historia de Enfermería donde se debe estar registrado el Índice de Barthel al ingreso y al alta y la implementación del Programa.</p>
META:	El 60% de los pacientes mayores de 75 años con Índice de Barthel >50 ingresados en los servicios diana (al menos en 2 de ellos), han sido incluidos en el Programa de Movilización Precoz
EVALUACIÓN:	Trimestral para analizar tendencia y establecer medidas de mejora. Datos de cumplimiento de objetivo noviembre 2022

OBJETIVO 3.5: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

INDICADOR 25: 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 *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>*Prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía de colon, y para aquellos hospitales con cirugía cardíaca el bypass aortocoronario con doble incisión y bypass aortocoronario con sólo incisión torácica</p> <p>Solo en caso que el número de intervenciones realizadas del procedimiento sea igual o superior a 50</p>
META:	Tendencia descendente
EVALUACIÓN:	



INDICADOR 26: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº total de casos nuevos de infección por SARM en el periodo de estudio *100
DENOMINADOR:	Nº de pacientes ingresados
FUENTE DE DATOS:	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS:	
META:	Tendencia descendente
EVALUACIÓN:	

OBJETIVO 3.6: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICADOR 27: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (3)
FUENTE DE DATOS:	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS) Acción 3: CISEMadrid
COMENTARIOS:	<p><u>Acción 1:</u> 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. Áreas prioritarias: Unidades de hospitalización breve psiquiátrica, UCI, hospital de día y urgencias. Resto a elección.</p> <p><u>Acción 2:</u> Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente. Prioritarios son:</p> <ol style="list-style-type: none"> -Desarrollo de al menos 2 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (seleccionadas de entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones) - Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales. -Despliegue de las actuaciones del DECRETO 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid. <p><u>Acción 3:</u> Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).</p>
META:	<p>Acción 1: Grupo 3: 8 rondas; Grupos 1,2: 7 rondas. Incluyendo las áreas prioritarias.</p> <p>Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios.</p> <p>Acción 3: >= 60% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: 150 • Grupo 2: 200 • Grupo 3: 250
EVALUACIÓN:	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas



INDICADOR 28: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (4)
FUENTE DE DATOS:	Acción 1: ENVIN-HELICS Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
COMENTARIOS:	<p>Acción 1. Consolidación de los proyectos zero. 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;</p> <p>Resistencia Zero: disminuir pacientes con bacterias multirresistentes (BMR) durante el ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados.</p> <p>De aplicación en las UCI de adultos en periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)</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), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención >95%) y formación de profesionales, en especial nueva incorporación.</p> <p>Acción 3. Implantación en Unidades o servicios quirúrgicos de las 3 medidas obligatorias del proyecto infección quirúrgica ZERO.</p> <p>Acción 4. 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 en intervenciones quirúrgicas programadas.</p>
META:	<p>Acción 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BZ ≤ 3; • NZ ≤ 7; • BMR ≤ 5; • ITU_Zero ≤ 2,7 <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas</p> <p>Acción 3: ≥ 90%</p> <p>Acción 4: ≥ 95%</p>
EVALUACIÓN:	<p>Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas</p>



INDICADOR 29: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas para la mejora de atención al dolor * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (2)
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
COMENTARIOS:	<p>Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor como una quinta constante, mediante escalas de valoración.</p> <p>Acción 2: Desarrollo de líneas de actuación prioritarias en los Comités de atención al dolor.</p> <p>1. Promover la participación y coordinación entre niveles asistenciales y profesionales (participación atención primaria en los comités hospitalarios, realización de una reunión conjunta con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos...)</p> <p>2. Promover la participación de los pacientes en los comités de atención al dolor.</p> <p>3. Identificación y propuesta de una buena práctica para la mejora de la atención al dolor.</p>
META:	<p>Acción 1: ≥ 90%</p> <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas</p>
EVALUACIÓN:	<p>100% si todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas</p>

OBJETIVO 3.7: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	
INDICADOR 30: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (3)
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
COMENTARIOS:	<p>Acción 1: Realización de la autoevaluación con el Modelo EFQM.</p> <p>Acción 2: Implantación/ Certificación UNE EN ISO 14001:2015 de Sistema de Gestión ambiental (SGA).</p> <p>Acción 3: Cumplimentación del Cuestionario de autoevaluación RSS y análisis del mismo, identificando las áreas de mejora detectadas.</p>
META:	<p>Acción 1: Realización de la autoevaluación con el Modelo EFQM.</p> <p>Acción 2: Implantación/ Certificación UNE EN ISO 14001:2015 de Sistema de Gestión Ambiental (SGA)</p> <p>Acción 3: Cumplimentación del Cuestionario de autoevaluación RSS y análisis del mismo, identificando las áreas de mejora detectadas.</p>
EVALUACIÓN:	<p>Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas</p>



4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

OBJETIVO 4.1: IDENTIFICAR MEDIDAS DE MEJORA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES PROMOVIDAS POR LOS PROFESIONALES	
INDICADOR 31: NÚMERO DE PROYECTOS DE MEJORA ELEVADOS POR LOS PROFESIONALES	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de proyectos de mejora propuestos por los profesionales del centro aprobados por la Dirección Gerencia.
DENOMINADOR:	N/A
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarativo
COMENTARIOS:	Cualquier proyecto realizado en el centro como caso de éxito que se considere exportable al conjunto del SERMAS. No es precisa su aceptación posterior ni su aplicación para su valoración positiva.
META:	1 proyecto de ámbito global (hospital) y/o 3 de ámbito local (unidad, servicio,...)
EVALUACIÓN:	Conseguido / No conseguido

OBJETIVO 4.2: GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL ACCESO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y A LOS DATOS	
INDICADOR 32: PORCENTAJE DE USUARIOS EXISTENTES EN EL DIRECTORIO ACTIVO DEL CENTRO CON CONTRATO VIGENTE (forman parte de la plantilla activa de personal).	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de usuarios en DA y en plantilla activa
DENOMINADOR:	Total de usuarios presentes en DA
FUENTE DE DATOS:	Cruce a través del DNI de descargas del DA y de la plantilla activa del sistema de RRHH del Centro
COMENTARIOS:	Para el cálculo se considerarán revisiones cuatrimestrales (3 al año)
META:	1 (100%)
EVALUACIÓN:	Se aplicará a la ponderación del indicador la media aritmética de los 3 cocientes de los usuarios presentes en el Directorio Activo y en la plantilla activa del centro con respecto al número total de usuarios presentes en el Directorio Activo en cada revisión.



OBJETIVO 4.3: MEJORAR EL NIVEL DE SEGURIDAD EN EL USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

INDICADOR 33: PROBABILIDAD E IMPACTO DE LAS POSIBLES AMENAZAS Y VULNERABILIDADES DE SEGURIDAD DE CARÁCTER FÍSICO, LÓGICO O AMBIENTALES EN LOS SISTEMAS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	40% (Puntuación revisión amenazas PILAR) + 60% (Puntuación informe final PILAR)
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Se gestionará a través de la Herramienta Pilar, provista a las Administraciones Públicas a través del Centro de Transferencia de Tecnología, que conjuga los activos TIC con las amenazas posibles, calcula los riesgos y permite incorporar salvaguardas para reducir el riesgo a valores residuales aceptables.
COMENTARIOS:	Revisión de la probabilidad e impacto de las amenazas en la herramienta PILAR. Realización del informe final del Análisis de Riesgos con la herramienta PILAR.
META:	1 (100%)
EVALUACIÓN:	<p>Tendrían un valor entre 0 y 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puntuación de la revisión de la probabilidad e impacto de las amenazas en la herramienta PILAR Puntuación del informe final del Análisis de Riesgos con la herramienta PILAR

OBJETIVO 4.4: IMPULSAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD EN LÍNEA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SERMAS

INDICADOR 34: GRADO DE IMPULSO DE INICIATIVAS EN MATERIA TIC EN LINEA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SERMAS MARCADOS POR LA DGSIES

FÓRMULA:	$\frac{\text{Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS}}{\text{Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital}} * \text{Ponderación indicador}$
NUMERADOR:	Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS
DENOMINADOR:	Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital
FUENTE DE DATOS:	Plan de iniciativas/proyectos en el ámbito TIC a abordar o abordadas por el centro y relación de iniciativas tramitadas a través del CAS de la DGSIES
COMENTARIOS:	<p>Se aplica a la ponderación del indicador el cociente de las iniciativas de innovación TIC, independientemente de su fuente de financiación (fondos propios o subvenciones), tramitadas y validadas a través del Comité de Autorización de Solicitudes (CAS) de la DGSIES con respecto al total de iniciativas de innovación TIC abordadas por el centro.</p> <p>Para el conteo de las iniciativas en el numerador y denominador, cada iniciativa contará con un valor (peso) relativo a sus dimensiones y alcance según la tabla especificada en Evaluación.</p>
META:	1 (100%)
EVALUACIÓN:	<p>El peso a aplicar a las iniciativas/proyectos TIC en función del volumen de inversión (VI) es el siguiente:</p> <p>VI ≤ 250.000 € - Peso: 1</p> <p>VI entre 251.000 € y 500.000 € - Peso: 2</p> <p>VI entre 501.000 € y 1.000.000 € - Peso: 3</p> <p>VI > 1.000.000 € - > Peso: 4</p>



OBJETIVO 4.5: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES

INDICADOR 35: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2022 (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 2022 aprobado para el centro.
DENOMINADOR:	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 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 36: 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 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 2022 aprobado para el centro Hospitalario.
DENOMINADOR:	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2022 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 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)



OBJETIVO 4.6: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

INDICADOR 37: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº absoluto de proyectos activos durante 2022
DENOMINADOR:	Nº de PSFU en 2022 / 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 2021
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 2021 se asignará el 75% de la puntuación •Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2021 se asignará el 50% de la puntuación •Con un valor inferior al 50% del indicador en 2021 se asignará un 25% de la puntuación

INDICADOR 38: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS

FÓRMULA:	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos activos en 2022
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 2021
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 2021 se asignará el 75% de la puntuación. • Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2021 se asignará el 50% de la puntuación. • Con un valor inferior al 50% del indicador en 2021 se asignará un 25% de la puntuación.



VII. ANEXO – RR.HH. / CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

Categorías Profesionales:

TIPO_CAT	CATEGORIAS	EFFECTIVOS			Total EFFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	GUARDIAS	TOTAL
		FIJO	INTERINO	EVENTUAL				
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA	193	250	3	446	36	8	490
	MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA		38		38	16	1	55
	FACULTATIVO ESPECIALISTA DE CUPO		1		1			1
	ENFERMERO/A	227	357	7	591	166		757
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	3			3			3
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL		4	1	5			5
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			1	1			1
	MATRONA	11	14		25			25
	FISIOTERAPEUTA	20	14		34	2		36
	PROFESOR DE LOGOFONIA - LOGOPEDA		2		2			2
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	5		7			7
	OPTICO - OPTOMETRISTA		3		3			3
Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA		456	688	12	1.156	220	9	1.385
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACION Y ADMINISTRACION SANITARIAS		4		4			4
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA	1	10		11			11
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN RADIOLOGICO	12	6		18			18
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	114	292	4	410	159		569
	AUXILIAR DE FARMACIA		16	2	18			18
Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL		127	328	6	461	159		620
P. GESTION Y SERV.	BIBLIOTECARIO		1		1			1
	GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	3	3		6			6
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR		2	1	3			3
	TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		2		2			2
	GRUPO DE GESTION DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	5	3	1	9			9
	INGENIERO TECNICO		2		2			2
	PERSONAL TECNICO GRADO MEDIO		7		7			7
	TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		1		1			1
	TRABAJADOR SOCIAL	7	4		11			11
	COCINERO	2	2		4			4
	GRUPO ADMINISTRATIVO	6	2	2	10			10
	TECNICO ESPECIALISTA EN SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	1	1		2			2
	CALEFACTOR	1			1			1
	COSTURERA	1			1			1
	ELECTRICISTA		3		3			3
	GOBERNANTA		2		2			2
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	54	49	1	104			104
	MECANICO		1		1			1
	MONITOR		1		1			1
	TELEFONISTA	2			2			2
	CELADOR	36	21		57			57
	PINCHE	3	17		20			20
	PLANCHADORA	1			1			1
Total P. GESTION Y SERV.		122	124	5	251			251
TOTAL		705	1.140	23	1.868	379	9	2.256



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

Especialidades:

ESPECIALIDAD	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	GUARDIAS	TOTAL
	FIJO	INTERINO	EVENTUAL				
ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA	2	1		3			3
ALERGOLOGIA	1	7		8			8
ANATOMIA PATOLOGICA	4	4		8			8
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	10	19		29			29
APARATO DIGESTIVO	3	15		18	1		19
CARDIOLOGIA	7	11		18			18
CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	12	7		19			19
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	13	13		26			26
DERMATOLOGIA MEDICOQUIRURGICA Y VENEREOLOGIA	8	6		14			14
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	4	4		8			8
FARMACIA HOSPITALARIA	5	4	2	11			11
GERIATRIA	3	3		6			6
HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	3	5		8			8
MEDICINA DEL TRABAJO	3	6		9			9
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	1			1			1
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	4	4		8			8
MEDICINA INTENSIVA	5	4		9		2	11
MEDICINA INTERNA	18	15		33			33
MEDICINA PREVENTIVA Y DE LA SALUD PUBLICA	1	2		3	1		4
NEFROLOGIA	4	5		9			9
NEUMOLOGIA	6	7		13			13
NEUROLOGIA	4	9		13			13
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	20	12		32			32
OFTALMOLOGIA	8	11		19			19
ONCOLOGIA MEDICA	3	5		8			8
OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8		16			16
PEDIATRIA Y SUS AREAS ESPECIFICAS	8	10		18		6	24
PSICOLOGIA CLINICA	3	18		21			21
PSIQUIATRIA	12	22	1	35			35
RADIODIAGNOSTICO	6			6			6
REUMATOLOGIA		5		5			5
URGENCIA HOSPITALARIA		38		38		1	39
UROLOGIA	4	9		13			13
TOTAL	193	289	3	485	2	9	496



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

Mandos Intermedios / Puestos Directivos:

PUESTOS DIRECTIVOS		MANDOS INTERMEDIOS	
PUESTO	Total	PUESTO	Total
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL II	3	SUPERVISOR/A DE ÁREA FUNCIONAL	6
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA NIVEL II	1	SUPERVISOR/A DE UNIDAD	33
DIRECTOR/A GERENTE NIVEL II	1	JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	2
DIRECTOR/A MÉDICO NIVEL II	1	JEFE DE SERVICIO	13
SUBDIRECTOR/A DE ENFERMERÍA NIVEL II	1	COORDINADOR/A DE URGENCIAS	1
SUBDIRECTOR/A MÉDICO NIVEL II	1	JEFE DE SERVICIO	20
DIRECTOR/A DE RECURSOS HUMANOS NIVEL II	1	JEFE DE SECCIÓN	12
DIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL II	1	JEFE DE SECCIÓN	30
TOTAL	10	JEFE DE GRUPO	15
		ENFERMERO/A JEFE DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	5
		COORDINADOR/A DE ADMISIÓN	1
		COORDINADOR/A DE CALIDAD	1
		JEFE DE UNIDAD DE URGENCIAS	1
		JEFE DE UNIDAD DE TRASPLANTES	1
		JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO	3
		JEFE DE EQUIPO	2
		TOTAL	146



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000894974270472944699**

CARTERA DE SERVICIOS

ESPECIALIDAD / CATEGORÍA	DISPONIBLE	DOCENCIA	HOSP. CONVENCIONAL	HOSP. ESPECIAL	CONSULTAS EXTERNAS	PRUEBAS DIAG. Y TER.	HOSP. DIA	CIRUGIA CON INGRESO	CIRUGIA AMBULATORIA	ATENCIÓN CONTINUADA
ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	SI									
ALERGOLOGÍA	SI	SI	SI		SI		SI			
ANÁLISIS CLÍNICOS	SI					SI				
ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI	SI				SI				
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	SI		SI		SI		SI	SI	SI	F
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR										
APARATO DIGESTIVO	SI	SI	SI		SI	SI	SI			L
BIOQUÍMICA	SI					SI				
CARDIOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI			F
CIRUGÍA CARDIACA										
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI	F
CIRUGÍA MAXILOFACIAL										
CIRUGÍA PEDIÁTRICA										
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA										
CIRUGÍA TORÁCICA										
DERMATOLOGÍA MEDICO-QUIRÚRGICA	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI	
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	SI	SI	SI		SI		SI			
FARMACIA HOSPITALARIA	SI	SI								
FARMACOLOGÍA CLÍNICA										
GERIATRÍA	SI		SI							
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	SI	SI	SI		SI	SI	SI			L
INMUNOLOGÍA	SI					SI				
MEDICINA DEL TRABAJO	SI	SI								
MEDICINA INTENSIVA	SI			SI						F
MEDICINA INTERNA	SI	SI	SI		SI		SI			F
MEDICINA NUCLEAR										
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	SI	SI								
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA						SI				
NEFROLOGÍA	SI	SI	SI		SI		SI			L
NEUMOLOGÍA	SI	SI	SI		SI	SI	SI			
NEUROCIRUGÍA										
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	SI					SI				
NEUROLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI			
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	SI	SI	SI		SI	SI	SI	SI	SI	F
OFTALMOLOGÍA	SI	SI	SI		SI	SI	SI	SI	SI	L
ONCOLOGÍA MÉDICA	SI		SI		SI		SI			
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA										
OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	SI		SI	SI	SI			F
PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS	SI	SI	SI	SI	SI		SI			F
PSICOLOGÍA CLÍNICA		SI								
PSIQUIATRÍA	SI	SI	SI		SI		SI			F
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	SI					SI				
RADIOFÍSICA										
REHABILITACIÓN	SI	SI	SI		SI		SI			
REUMATOLOGÍA	SI	SI	SI		SI		SI			
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI	F
URGENCIAS	SI									F
UROLOGÍA	SI	SI	SI		SI	SI	SI	SI	SI	F

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **100894974270472944699**

EQUIPAMIENTO

H. INFANTA LEONOR	
Descripción Estructura/Equipamiento	Número
Camas Instaladas	361
Total N° quirófanos	13
N° paritorios	8
N° locales de Consulta Hospital	116
N° locales de Consulta CEP	33
Total N° puestos hemodiálisis hospital	26
N° puestos Hospital de Día Onco-hematológico	12
N° puestos Hospital de Día SIDA	4
N° puestos Hospital de Día Geriátrico	0
N° puestos Hospital de Día Psiquiátrico	16
N° puestos Hospital de Día Otros Médicos	39
N° puestos Hospital de Día Quirúrgicos	21
N° Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico	11
N° Ecógrafos Servicio de Cardiología	4
N° Ecógrafos Otros servicios del hospital	25
N° Mamógrafos digitales	4
N° Angiografos digitales Radiodiagnóstico	0
N° Resonancia Magnética	1
N° Tomografía Computarizada helicoidal	3
N° Salas Convencionales Radiodiagnóstico	11
N° Telemandos Radiodiagnóstico	3
N° Arco multifuncional Radiodiagnóstico	4
N° Equipos Radioquirúrgicos	0
N° Litotritores	0
N° Salas Hemodinámica	0
N° Gammacameras	0
N° Aceleradores Lineales	0
N° Planificadores	0
N° Simuladores	0
Densitómetros	1
Ortopantomógrafos	0
Quirófanos Instalados Hospital	13
Quirófanos Instalados CEP	0
P.E.T.	0
Ecocardiógrafos	1
Equipos Ergometría	2
Holter Electrocardiograma	9
Holter Tensión	4
Salas Endoscopias	3
GastroscoPIO / Esofagoscopios	10
Colonoscopios / Rectoscopios	11
Polisomnógrafos	2
Electroencefalógrafos	1
Video EEG	1
Electromiógrafos	2
Equipos Potenciales Evocados	4

