



**Comunidad  
de Madrid**

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



# **Contrato Programa con la Gerencia del Hospital Universitario Santa Cristina**

**08 de febrero de 2022**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>II. MARCO NORMATIVO</b>	<b>2</b>
<b>III. MARCO ESTRATÉGICO</b>	<b>4</b>
<b>IV. CONSIDERACIONES GENERALES</b>	<b>5</b>
<b>V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO</b>	<b>9</b>
<b>VI. ANEXO I - FICHAS DE INDICADORES</b>	<b>10</b>
<b>1. PERSPECTIVA DE SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS</b>	<b>12</b>
<b>2. PERSPECTIVA DE ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS</b>	<b>14</b>
<b>3. PERSPECTIVA DE MEJORA DE PROCESOS</b>	<b>19</b>
<b>4. PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>VII. ANEXO II – RRHH / CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO</b>	<b>30</b>
<b>1. RR.H.H.</b>	<b>30</b>
<b>2. CARTERA DE SERVICIOS</b>	<b>32</b>
<b>3. EQUIPAMIENTO</b>	<b>33</b>

## 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:

#### PERPECTIVA 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.

#### PERPECTIVA 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.

#### PERPECTIVA 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.

#### PERPECTIVA 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:

- 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 Santa Cristina 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 Hospital Universitario Santa Cristina 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 susceptibles de ser atendidos por un centro hospitalario de apoyo a la red de hospitales del SERMAS.

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

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Hospital Universitario Santa Cristina 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:

<b>Capítulo I Gastos de Personal</b>	<b>34.077.470,00 €</b>
<b>Capítulo II Bienes Corrientes y de Servicios</b>	<b>8.360.750,00 €</b>

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 centro 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 Hospital Universitario Santa Cristina 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 Hospital Universitario Santa Cristina 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 centro a fin de cumplir con el objetivo previsto relativo a facilitar a los ciudadanos la atención en tiempo para pruebas diagnósticas, consultas e intervenciones quirúrgicas, 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 **521.644,70 €** 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 Hospital Universitario Santa Cristina 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 Hospital Universitario Santa Cristina 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: 500,00 €**

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 08 de febrero de 2022.

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

El Director Gerente del  
Hospital Universitario Santa Cristina

D. Antonio Zapatero Gaviria

D. Guillermo Ceñal Pérez

## 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 prestupuestaria de Capítulo I	DGRRHH	1. Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. I.	17
	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	8
		DGEFF	5. Cumplimiento del objetivo de facturación prevista para el centro	2
	1.4 Mejorar la eficiencia en medicamento de alto impacto	DGEFF	6. Índice Sintético de Eficiencia (Farmacia Hospitalaria)	2,5
		DGEFF	7. % Uso medicamentos Biosimilares	2,5
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS Ponderación: 25/100	2.1 Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	DGHAP	8. % de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	2
		DGHAP	9. % de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	2
	2.2 Mejorar la atención y la autonomía del paciente	DGHAP	10. % de acciones desarrolladas de bioética asistencial	2
		DGHAP	11. % de acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones	2
	2.3. Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria.	DGHAP	12. % de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	3
		DGHAP	13. Implementación de un sistema de difusión de las actividades y recursos on line de EMS para profesionales	1
	2.4. Facilitar los tiempos de espera para consultas hospitalarias, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.	DGHIS	14. Porcentaje de pacientes con espera > 60 días para la primera consulta	6
		DGHIS	15. Porcentaje de pacientes con espera > 60 días para realización de pruebas diagnósticas	3
		DGHIS	16. Porcentaje de pacientes con espera > 180 días en lista de espera quirúrgica estructural	3
	2.5 Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes.	DGSP	17. Cobertura de vacunación de gripe de personal sanitario	1
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS Ponderación: 25/100	3.1 Mejora en la eficiencia y cuidados de los procesos de hospitalización	DGHIS	18. IEMA (índice de Estancia Media Ajustada)	1,5
		DGHIS	19. % de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso.	1,5
	3.2 Colaborar en la lista de espera quirúrgica del SERMAS (Hospitales en red)	DGHIS	20. % de pacientes derivados de otros hospitales con demora inferior a 40 días	3
	3.3. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales	DGHIS	21. % 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	DGCSS	22. 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	23. Incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica órgano espacio de los procedimientos de vigilancia obligatoria	1,5
		DGSP	24. Vigilancia staphylococcus aureus resistente a la meticilina en hospitales (SARM)	1,5
	3.6. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente.	DGHAP	25. % de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	2
		DGHAP	26. % de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	2
		DGHAP	27. % de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	1
3.7. Consolidar la gestión de la calidad.	DGHAP	28. % de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	4	



PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
<b>4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN</b> <b>Ponderación: 15/100</b>	4.1. Identificar medidas de mejora en los procesos asistenciales promovidas por los	DGHIS	29. 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	30. Porcentaje 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	31. 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	DGIDD	32. 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	33. Porcentaje 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.	2
		DGIDD	34. 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	2
	4.6. Potenciar la participación en proyectos de investigación.	DGIDD	35. Número de proyectos de investigación activos por cada 1.000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
		DGIDD	36. Número de investigadores en proyectos de investigación activos	2

## 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	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto computable en CAP. I a efectos del Contrato Programa 2022
<b>DENOMINADOR:</b>	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2022
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
<b>COMENTARIOS:</b>	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...
<b>META:</b>	<b>Resultado igual o inferior a 1 (100 %)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	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.	
<b>FÓRMULA:</b>	Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>COMENTARIOS:</b>	ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGFRM y Fichas COVID-19 y remitir la información antes del día 28 de cada mes. ACCIÓN 2: Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes. ACCION 3: Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes. ACCION 4: Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes. 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
<b>META:</b>	<b>100%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Para cada una de las acciones será: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo.</li> <li>- Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.</li> </ul>

INDICADOR 3: TASA DE INTERINIDAD (Porcentaje)	
<b>FÓRMULA:</b>	Número de interinos nombrados/número de interinos autorizados x 100.
<b>NUMERADOR:</b>	Número de interinos nombrados
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de interinos autorizados
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>COMENTARIOS:</b>	El plazo para realizar el nombramiento será de tres meses desde la fecha de su autorización.
<b>META:</b>	<b>Mayor o igual que el 95 %</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor o igual que el 95 % = 2 puntos.</li> <li>• Valoración regresiva desde 95 % hasta 50 %.</li> <li>• Por debajo o igual al 50 % = 0 puntos.</li> </ul>

OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	
INDICADOR 4: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO II	
<b>FÓRMULA:</b>	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del Capítulo II
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto realizado en Capítulo II a efectos del Contrato Programa 2022
<b>DENOMINADOR:</b>	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo II asignado en Contrato Programa 2022
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
<b>COMENTARIOS:</b>	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.
<b>META:</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	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	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Facturación realizada
<b>DENOMINADOR:</b>	Facturación esperada
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera
<b>COMENTARIOS:</b>	
<b>META:</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0

### OBJETIVO 1.4: MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO

#### INDICADOR 6: ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA (FARMACIA HOSPITALARIA)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<p><u>Acción 1:</u> Consumo de medicamentos, dietoterapia y productos sanitarios gestionados por el Servicio de Farmacia). a precio medio contable de todas las unidades hospitalarias que atienden a pacientes hospitalizados en el periodo analizado.</p> <p><u>Acción 2:</u> Valor contable de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado (teniendo en cuenta abonos contables)</p> <p><u>Acción 3:</u> Nº de unidades adquiridas de medicamentos EFG en el periodo analizado*100</p>
<b>DENOMINADOR:</b>	<p><u>Acción 1:</u> UCH del periodo analizado.</p> <p><u>Acción 2:</u> Valor a PVL (financiado) + IVA de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado.</p> <p><u>Acción 3:</u> Nº de unidades adquiridas del total de medicamentos en el periodo analizado.</p>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<p><u>Acción 1:</u> Programa de gestión y dispensación del SF. Las unidades de complejidad hospitalaria (UCH) se obtienen del SIAE.</p> <p><u>Acción 2 y 3:</u> Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia (SF)</p>
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><u>Acción 1:</u> Consumo de farmacia de unidades que atienden al paciente ingresado por el número de altas ajustadas por complejidad hospitalaria (UCH).</p> <p><u>Acción 2:</u> Ratio Adquisiciones a Precio Contable/Adquisiciones a Precio Oficial (PVL IVA).</p> <p><u>Acción 3:</u> Porcentaje de EFG adquiridos (en unidades). en relación con el total de medicamentos adquiridos (adquisiciones directas).</p>
<b>META:</b>	<b>Mejorar o mantener valor del año 2021</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración del indicador según tendencia ( <i>Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2022</i> )

#### INDICADOR 7: PORCENTAJE DEL USO DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Coste acumulado a PVL de las adquisiciones de biosimilares incluidos en los principios activos/grupos terapéuticos: insulina glargina (A10AE04)., eritropoyetina (B03XA01)., somatropina (H01AC01)., factores estimulantes de colonias (L03AA)., enoxaparina (B01AB05)., folitropina alfa (G03GA05)., infliximab (L04AB02)., etanercept (L04AB01)., adalimumab (L04AB04)., rituximab (L01XC02)., trastuzumab (L01XC03). , teriparatida (H05AA02) y bevacizumab (L01XC07).
<b>DENOMINADOR:</b>	Coste acumulado a PVL de todas las adquisiciones de las presentaciones biosimilares y no biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos: "insulinas y análogos de acción prolongada para inyección" (A10AE)., "otros preparados antianémicos" (B03XA)., somatropina (H01AC01)., "factores estimulantes de colonias" (L03AA), "heparinas de bajo peso molecular" [dalteparina (B01AB04), enoxaparina (B01AB05), nadroparina (B01AB06), tinzaparina (B01AB10), bemiparina (B01AB12)], folitropina alfa (G03GA05), infliximab (L04AB02), etanercept (L04AB01), adalimumab (L04AB04), rituximab (L01XC02), trastuzumab (L01XC03), teriparatida (H05AA02) y bevacizumab (L01XC07).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid)

<b>COMENTARIOS:</b>	Porcentaje de adquisiciones a precio venta laboratorio (PVL). de biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos disponibles en el hospital respecto a las adquisiciones (PVL). totales de todos los medicamentos de los principios activos/grupos terapéuticos incluidos en el indicador en el período analizado.
<b>META:</b>	<b>Umbral de Excelencia / Límite de Valoración</b> (Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales)
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración del resultado según Anexo I (Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales)

## 2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	
INDICADOR 8: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones de calidad percibida desarrolladas *100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1.</u> Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2022. <u>Acción 2 y 3.</u> Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS)
<b>COMENTARIOS:</b>	Acciones propuestas: <u>Acción 1:</u> Satisfacción global con la atención recibida en 2022. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados). <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 $\geq 95\%$ . <u>Acción 3:</u> Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Prioritarias son: Entrevista semiestructurada a pacientes clave y Promover la participación de los pacientes en los comités.
<b>META:</b>	<b>Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o <math>\geq 90\%</math></b> <b>Acción 2: 2 acción de mejora encuesta</b> <b>Acción 3: 3 líneas CCP incluyendo las prioritarias</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 9: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización* 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Observatorio de Resultados <u>Acción 2 y 3:</u> Autodeclarado y validado por la SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	<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 $\leq 1$ ; y en indicadores no ajustados P65 del grupo.

	<p><b>Acción 2:</b> 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><b>Acción 3:</b> Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio (ficha).</p>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1:</b> ≥ 90% de los indicadores</p> <p><b>Acción 2:</b> Informe de revisión con las acciones de mejora en todos los indicadores que no alcancen el estándar</p> <p><b>Acción 3:</b> Identificación y propuesta de una buena práctica</p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>

<b>OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE</b>	
<b>INDICADOR 10: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de acciones propuestas (2)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<p><b>Acción 1:</b> Aplicación ARETEO</p> <p><b>Acción 2:</b> Autodeclarado por el Centro Sanitario</p>
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><b>Acción 1:</b> 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).</p> <p><b>Acción 2:</b> Porcentaje de conflictos éticos en los que se ha seguido la recomendación del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del centro sanitario.</p>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1:</b> &gt;50%</p> <p><b>Acción 2:</b> &gt;50%</p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>
<b>INDICADOR 11: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Subdirección General de Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><b>Acción 1:</b> 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)</p> <p><b>Acción 2:</b> 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)</p>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1:</b> ≤ -5% (Cumplimiento 100%)</p> <p><b>Acción 2:</b> 0 o reducción de un 25% (Cumplimiento 100%)</p> <p>Reducción entre el 20-24% = cumplimiento del 75%</p> <p>Reducción entre el 15-19% = cumplimiento del 50%</p>

	<b>Reducción entre el 10-14% = cumplimiento del 25%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

**OBJETIVO 2.3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

**INDICADOR 12: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Existencia de actas e informes
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	<p><b>Actividad 1: Sesiones informativas y acciones formativas en &gt; 80% de los servicios y unidades hospitalarias.</b></p> <p><b>Actividad 2: Servicios/Unidades asistenciales del hospital que disponen de "Referente de humanización" &gt; 80% (1 referente en cada Servicio/Unidad asistencial)</b></p> <p><b>Actividad 3: Elaborado informe de resultados de la autoevaluación mediante el Modelo SER+HUMANO.</b></p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)

**INDICADOR 13: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIFUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECURSOS ON LINE DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD A TODOS LOS PROFESIONALES**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	SI/NO
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	<b>Alcanzado: Existencia de un sistema de difusión de las actividades y recursos online de la Escuela Madrileña de Salud a todos los profesionales.</b>

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

#### INDICADOR 14: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA > 60 DÍAS PARA LA PRIMERA CONSULTA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº Pacientes en LE CC.EE. estructural > 60 días * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de pacientes activos en LE Consultas Externas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>La cuantificación de los días en LE se realizará mediante la fórmula: (fecha de inclusión - fecha de citación)</p> <p>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.</p>
<b>META:</b>	<b>0%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>100%: Cumplimiento de la meta</p> <p>60%: Dato mejorado respecto al año anterior</p>

#### INDICADOR 15: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA > 60 DÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº Pacientes en LET. estructural > 60 días * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Total pacientes activos en LET
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>La cuantificación de los días en LE se realizará mediante la fórmula: (fecha de inclusión - fecha de citación)</p> <p>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.</p> <p>Las pruebas de diagnóstico de imagen se contabilizarán en el centro que las realice (UCR).</p>
<b>META:</b>	<b>0%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>100%: Cumplimiento de la meta</p> <p>60%: Dato mejorado respecto al año anterior</p>

#### INDICADOR 16: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA > 180 DÍAS (LEQ ESTRUCTURAL)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº Pacientes en LEQ estructural >180 días * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de pacientes en LEQ estructural
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	RULEQ
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>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.</p>
<b>META:</b>	<b>0%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>La evaluación de este indicador requiere obligatoriamente el cumplimiento de las siguientes condiciones:</p>

	<p>1) Entradas LEQ estructural/Salidas LEQ estructural &lt; 1</p> <p>2) Pacientes Prioridad 1 en LEQ estructural en espera +30 días = 0 en cada uno de los cortes mensuales.</p> <p>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.</p>
--	--

<b>OBJETIVO 2.5: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES</b>	
<b>INDICADOR 17: COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE, PERSONAL SANITARIA</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de personas vacunadas
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de personas a vacunar
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Listados de profesionales en activo durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe, que facilita cada uno de los centros hospitalarios.
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	<b>80%</b> (tasa objetivo OMS 75%)
<b>EVALUACIÓN:</b>	

### 3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

<b>OBJETIVO 3.1: MEJORAR LA EFICIENCIA Y LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>INDICADOR 18: IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Días de estancia que un hospital ha utilizado para atender a sus pacientes durante el periodo evaluado.
<b>DENOMINADOR:</b>	Días que hubieran precisado el conjunto de hospitales de su grupo durante el periodo evaluado.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	CMBD
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	<b>1 o &lt; de 1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	La consecución de la meta otorgará la puntuación total. Se valorará la mejora respecto al dato anterior

INDICADOR 19: PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLANES DE CUIDADOS DURANTE EL INGRESO	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº pacientes dados de alta con planes de cuidados durante el ingreso.
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de altas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de Mando de la Gerencia de Cuidados
<b>COMENTARIOS:</b>	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.
<b>META:</b>	<b>80%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100%: Cumplimiento de la meta</li> <li>• 75%: entre 70% y 79,99%</li> <li>• 50%: resultado entre 65% y 69,99%</li> <li>• 25%: resultado entre 60% y 64,99%</li> <li>• 0%: resultado menor o igual de 59,99%</li> </ul>

OBJETIVO 3.2: COLABORAR EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SERMAS	
INDICADOR 20: PORCENTAJE DE PACIENTES DERIVADOS DE OTROS HOSPITALES CON DEMORA INFERIOR A 40 DÍAS	
<b>FÓRMULA:</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con más de 40 días de ESPERA en lista de espera estructural para intervenciones quirúrgicas}}{\text{total de registros DERIVADOS de LEQ estructural}} * 100$
<b>NUMERADOR:</b>	Número de pacientes con más de 40 días de ESPERA en lista de espera estructural para intervenciones quirúrgicas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de registros DERIVADOS de LEQ estructural
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	RULEQ
<b>COMENTARIOS:</b>	La garantía de tiempo establecida para el 2021 es de 40 días naturales en LEQ estructural desde la fecha de indicación
<b>META:</b>	<b>&lt;10%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Por debajo de la meta se computará el valor total del indicador. Hasta el 15% se realizará valoración regresiva y por encima o igual al 15% se valorará como no cumplido.

OBJETIVO 3.3: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	
INDICADOR 21: PORCENTAJE DE eCONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 HORAS	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de interconsultas no presencial (eConsulta) resueltas en menos de 72 h
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de interconsulta no presencial (eConsulta) resueltas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de mando de la Unidad de Continuidad Asistencial
<b>COMENTARIOS:</b>	Definición de resuelta
<b>META:</b>	<b>90%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	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 22: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN PRECOZ QUE SE DESARROLLE EN CADA HOSPITAL**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	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
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de pacientes > de 75 años con Índice de Barthel >50 hospitalizados en los servicios diana (definidos en el numerador)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Historia Clínica de Enfermería
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Desarrollo del Programa de Movilización Precoz que recoja los requisitos mínimos establecidos:</p> <p>La población diana serán las personas &gt; de 75 años ingresadas con Índice de Barthel &gt; 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>
<b>META:</b>	<b>El 60% de los pacientes mayores de 75 años con Índice de Barthel &gt; 50 ingresados en los servicios diana (al menos en 2 de ellos), han sido incluidos en el Programa de Movilización Precoz.</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	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 23: INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes con ILQ órgano espacio por el procedimiento vigilado *100
<b>DENOMINADOR:</b>	Pacientes intervenidos de ese procedimiento en el periodo
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	<b>Tendencia descendente</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	

### INDICADOR 24: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)

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

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

#### INDICADOR 25: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1 y 2:</u> Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS) <u>Acción 3:</u> CISEMadrid
<b>COMENTARIOS:</b>	<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"> <li>-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)</li> <li>- Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales.</li> <li>-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.</li> </ol> <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>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1: 5 rondas, incluyendo las áreas prioritarias.</b></p> <p><b>Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios.</b></p> <p><b>Acción 3: ≥ 60% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados 60.</b></p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

INDICADOR 26: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><u>Acción 1.</u> 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 &gt;95%) y formación de profesionales, en especial nueva incorporación.</p> <p><u>Acción 2.</u> Implantación en Unidades o servicios quirúrgicos de las 3 medidas obligatorias del proyecto infección quirúrgica ZERO.</p> <p><u>Acción 3.</u> 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>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1: 100% de actuaciones prioritarias realizadas</b></p> <p><b>Acción 2: ≥ 90%</b></p> <p><b>Acción 3: ≥ 95%</b></p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>100% si todas las acciones cumplidas.</p> <p>Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>
INDICADOR 27: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para la mejora de atención al dolor*100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (2)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><u>Acción 1:</u> Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor como una quinta constante, mediante escalas de valoración.</p> <p><u>Acción 2:</u> 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>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1: ≥ 90%</b></p> <p><b>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas</b></p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<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 28: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad* 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	<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: Complimentación del Cuestionario de autoevaluación RSS y análisis del mismo, identificando las áreas de mejora detectadas</p>
<b>META:</b>	<p><b>Acción 1: Realizada la autoevaluación</b></p> <p><b>Acción 2: Implantado/certificado SGA</b></p> <p><b>Acción 3: Complimentado el cuestionario RSS 2021 y al menos 1 área de mejora identificada</b></p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>100% si 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 29: NÚMERO DE PROYECTOS DE MEJORA ELEVADOS POR LOS PROFESIONALES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de proyectos de mejora propuestos por los profesionales del centro aprobados por la Dirección Gerencia.
<b>DENOMINADOR:</b>	N/A
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarativo
<b>COMENTARIOS:</b>	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.
<b>META:</b>	<b>1 proyecto de ámbito global (hospital) y/o 3 de ámbito local (unidad, servicio,...)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Conseguido o no conseguido

##### OBJETIVO 4.2: GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL ACCESO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y A LOS DATOS

###### INDICADOR 30: PORCENTAJE DE USUARIOS EXISTENTES EN EL DIRECTORIO ACTIVO DEL CENTRO CON CONTRATO VIGENTE (forman parte de la plantilla activa de personal).

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de usuarios en DA y en plantilla activa
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de usuarios presentes en DA
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cruce a través del DNI de descargas del DA y de la plantilla activa del sistema de RRHH del Centro
<b>COMENTARIOS:</b>	Para el cálculo se considerarán revisiones cuatrimestrales (3 al año)
<b>META:</b>	<b>1 (100%)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	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 31: PROBABILIDAD E IMPACTO DE LAS POSIBLES AMENAZAS Y VULNERABILIDADES DE SEGURIDAD DE CARÁCTER FÍSICO, LÓGICO O AMBIENTALES EN LOS SISTEMAS

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	40% (Puntuación revisión amenazas PILAR) + 60% (Puntuación informe final PILAR)
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	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.
<b>COMENTARIOS:</b>	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.
<b>META:</b>	<b>1 (100%)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Tendrían un valor entre 0 y 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación de la revisión de la probabilidad e impacto de las amenazas en la herramienta PILAR</li> <li>• Puntuación del informe final del Análisis de Riesgos con la herramienta PILAR</li> </ul>

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

#### INDICADOR 32: GRADO DE IMPULSO DE INICIATIVAS EN MATERIA TIC EN LINEA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SERMAS MARCADOS POR LA DGSIES

<b>FÓRMULA:</b>	$\frac{\text{Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS}}{\text{Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital}} * \text{Ponderación indicador}$
<b>NUMERADOR:</b>	Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	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
<b>COMENTARIOS:</b>	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. 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.
<b>META:</b>	<b>1 (100%)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	El peso a aplicar a las iniciativas/proyectos TIC en función del volumen de inversión (VI) es el siguiente: VI <= 250.000 € - Peso: 1 VI entre 251.000 € y 500.000 € - Peso: 2 VI entre 501.000 € y 1.000.000 € - Peso: 3 VI > 1.000.000 € - > Peso: 4

**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 33: 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**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el centro Hospitalario.
<b>DENOMINADOR:</b>	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el Hospital .
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	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.
<b>COMENTARIOS:</b>	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.
<b>META:</b>	≥ 95%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

**INDICADOR 34: 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**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	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.
<b>DENOMINADOR:</b>	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
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	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.
<b>COMENTARIOS:</b>	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
<b>META:</b>	≥ 25%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

### OBJETIVO 4.6: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

#### INDICADOR 35: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº absoluto de proyectos activos durante 2022
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de PSFU en 2022 / 1000
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	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.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><b>Proyecto activo:</b> 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><b>No se incluyen</b> 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>
<b>META:</b>	<b>Igual o mayor al 85% del valor del indicador en 2021</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</li> <li>•Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2021 se asignará el 75% de la puntuación</li> <li>•Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2021 se asignará el 50% de la puntuación</li> <li>•Con un valor inferior al 50% del indicador en 2021 se asignará un 25% de la puntuación</li> </ul>
<b>INDICADOR 36: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	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.
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	<b>Igual o mayor al 90% del valor del indicador en 2021</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</li><li>• Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2021 se asignará el 75% de la puntuación.</li><li>• Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2021 se asignará el 50% de la puntuación.</li><li>• Con un valor inferior al 50% del indicador en 2021 se asignará un 25% de la puntuación.</li></ul>

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

### RECURSOS HUMANOS

TIPO_CAT	CATEGORIAS	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	GUARDIAS	TOTAL
		FIJO	INTERINO	EVENTUAL				
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA	49	58	12	119	5	13	137
	ENFERMERO/A	100	76	5	181	10		191
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL		1		1			1
	MATRONA	3			3			3
	FISIOTERAPEUTA	4	7	1	12			12
	TERAPEUTA OCUPACIONAL		2		2			2
<b>Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA</b>		<b>156</b>	<b>144</b>	<b>18</b>	<b>318</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>346</b>
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA	7	1		8			8
	TECNICO SUPERIOR ESP. EN LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO	11	5	1	17			17
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN RADIODIAGNOSTICO	8	5	1	14			14
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	65	76	5	146	9		155
	AUXILIAR DE FARMACIA		4		4	1		5
<b>Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL</b>		<b>91</b>	<b>91</b>	<b>7</b>	<b>189</b>	<b>10</b>		<b>199</b>
P. GESTION Y SERV.	GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	2	2		4			4
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR		1		1			1
	TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	1			1			1
	GRUPO DE GESTION DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	3	1		4			4
	INGENIERO TECNICO	1			1			1
	TRABAJADOR SOCIAL		2		2			2
	COCINERO	1	4		5	1		6
	GRUPO ADMINISTRATIVO	10	2		12			12
	PERSONAL TECNICO NO TITULADO		4	2	6			6
	TECNICO ESP. EN SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		2		2			2
	CALEFACTOR	1			1			1
	CONDUCTOR		1		1			1
	COSTURERA	1			1			1
	ELECTRICISTA	1	9		10			10
	GOBERNANTA		1		1			1
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	32	43	2	77	1		78
	PINTOR		1		1			1
	TELEFONISTA	1	2		3			3
	CELADOR	27	34	2	63	9		72
	LAVANDERA	1	1		2			2
PINCHE	4	23	1	28	2		30	
PLANCHADORA	0			0			0	
<b>Total P. GESTION Y SERV.</b>		<b>86</b>	<b>133</b>	<b>7</b>	<b>226</b>	<b>13</b>		<b>239</b>
<b>TOTAL</b>		<b>333</b>	<b>368</b>	<b>32</b>	<b>733</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>784</b>

ESPECIALIDAD	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	GUARDIAS	TOTAL
	FIJO	INTERINO	EVENTUAL				
ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA		4	1	5			5
ANALISIS CLINICOS	2	1		3		1	4
ANATOMIA PATOLOGICA	2	2		4			4
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	9	7	2	18	1		19
APARATO DIGESTIVO		2		2			2
BIOQUIMICA CLINICA	1			1			1
CARDIOLOGIA		1		1			1
CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	6	5		11			11
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	10	1	1	12			12
CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y REPARADORA	1	1		2			2
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION		2		2			2
FARMACIA HOSPITALARIA	1	2		3	1		4
GERIATRIA		2		2	1		3
HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	1			1		1	2
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	3		4			4
MEDICINA INTERNA	5	1		6	1	11	18
MEDICINA PREVENTIVA Y DE LA SALUD PUBLICA		1		1			1
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA		1		1			1
NEUMOLOGIA		1		1			1
NEUROFISIOLOGIA CLINICA		1		1			1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	3	9	1	13	1		14
OFTALMOLOGIA	2	2	4	8			8
PSICOLOGIA CLINICA		3		3			3
PSIQUIATRIA		3		3			3
RADIODIAGNOSTICO	3		2	5			5
REUMATOLOGIA		1		1			1
URGENCIA HOSPITALARIA			1	1			1
UROLOGIA	2	2		4			4
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>58</b>	<b>12</b>	<b>119</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>137</b>

PUESTOS DIRECTIVOS	
PUESTO	Total
DIRECTOR/A MÉDICO NIVEL III	1
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA NIVEL III	1
DIRECTOR/A GERENTE NIVEL III	1
DIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL III	1
SUBDIRECTOR/A DE ENFERMERÍA NIVEL III	1
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL III	1
SUBDIRECTOR/A MÉDICO NIVEL III	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

MANDOS INTERMEDIOS	
PUESTO	Total
SUPERVISOR/A DE ÁREA FUNCIONAL	3
SUPERVISOR/A DE UNIDAD	14
JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	1
JEFE DE SERVICIO	6
JEFE DE SERVICIO	8
JEFE DE SECCIÓN	4
JEFE DE SECCIÓN	13
JEFE DE GRUPO	10
JEFE DE UNIDAD DE CALIDAD	1
CONDUCTOR DE INSTALACIONES	11
JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO	3
JEFE DE EQUIPO	3
JEFE DE TALLER	1
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>

## 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										
ANÁLISIS CLÍNICOS	SI					SI				
ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI					SI				
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	SI		SI		SI		SI	SI	SI	F
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR										
APARATO DIGESTIVO	SI				SI	SI	SI			
BIOQUÍMICA	SI					SI				
CARDIOLOGÍA	SI				SI					
CIRUGÍA CARDIACA										
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	SI		SI		SI			SI	SI	L
CIRUGÍA MAXILOFACIAL										
CIRUGÍA PEDIÁTRICA										
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	SI				SI			SI	SI	L
CIRUGÍA TORÁCICA										
DERMATOLOGÍA MEDICO-QUIRÚRGICA										
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	SI				SI					
FARMACIA HOSPITALARIA	SI									
FARMACOLOGÍA CLÍNICA										
GERIATRÍA	SI									
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	SI				SI	SI	SI			L
INMUNOLOGÍA	SI					SI				
MEDICINA DEL TRABAJO										
MEDICINA INTENSIVA										
MEDICINA INTERNA	SI		SI							F
MEDICINA NUCLEAR										
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	SI									
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	SI					SI				
NEFROLOGÍA										
NEUMOLOGÍA	SI					SI				
NEUROCIRUGÍA										
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	SI					SI				
NEUROLOGÍA										
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	SI		SI		SI	SI		SI	SI	L
OFTALMOLOGÍA	SI		SI		SI	SI			SI	
ONCOLOGÍA MÉDICA										
ONCOLOGÍA RADIOTERAPÉUTICA										
OTORRINOLARINGOLOGÍA										
PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS										
PSICOLOGÍA CLÍNICA	SI				SI					
PSIQUIATRÍA	SI				SI		SI			
RADIODIAGNÓSTICO	SI					SI				
RADIOFÍSICA										
REHABILITACIÓN	SI				SI					
REUMATOLOGÍA	SI						SI			
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI		SI		SI			SI	SI	L
URGENCIAS										
UROLOGÍA	SI		SI		SI	SI		SI	SI	L

### EQUIPAMIENTO

H. SANTA CRISTINA	
Descripción Estructura/Equipamiento	Número
Camas Instaladas	156
Total N° quirófanos	11
N° paritorios	0
N° locales de Consulta Hospital	29
N° locales de Consulta CEP	0
Total N° puestos hemodiálisis hospital	0
N° puestos Hospital de Día Onco-hematológico	0
N° puestos Hospital de Día SIDA	0
N° puestos Hospital de Día Geriátrico	0
N° puestos Hospital de Día Psiquiátrico	50
N° puestos Hospital de Día Otros Médicos	6
N° puestos Hospital de Día Quirúrgicos	30
N° Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico	3
N° Ecógrafos Servicio de Cardiología	0
N° Ecógrafos Otros servicios del hospital	6
N° Mamógrafos digitales	2
N° Angiografos digitales Radiodiagnóstico	0
N° Resonancia Magnética	0
N° Tomografía Computarizada helicoidal	1
N° Salas Convencionales Radiodiagnóstico	2
N° Telemandos Radiodiagnóstico	1
N° Arco multifuncional Radiodiagnóstico	1
N° Equipos Radioquirúrgicos	0
N° Litotrictores	0
N° Salas Hemodinámica	0
N° Gammacamars	0
N° Aceleradores Lineales	0
N° Planificadores	0
N° Simuladores	0
Densitómetros	1
Ortopantomógrafos	0
Quirófanos Instalados Hospital	11
Quirófanos Instalados CEP	0
P.E.T.	0
Ecocardiógrafos	1
Equipos Ergometría	0
Holter Electrocardiograma	0
Holter Tensión	0
Salas Endoscopias	1
Gastroscopio / Esofagoscopios	1
Colonoscopios / Rectoscopios	1
Polisomnógrafos	0
Electroencefalógrafos	0
Vídeo EEG	0
Electromiógrafos	1
Equipos Potenciales Evocados	0