



Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Contrato Programa con la Gerencia del Centro de Transfusión

14 de marzo de 2023

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	MARCO NORMATIVO	3
III.	MARCO ESTRATÉGICO	4
IV.	CONDICIONES GENERALES	6
V.	OBJETIVOS E INDICADORES.....	10
	ANEXO – FICHAS DE INDICADORES.....	11
1.	PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	11
2.	PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS.....	15
3.	PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS	19
4.	PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN.....	23
VI.	RR.HH.	30
VII.	CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO	32

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:

Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos.

Perspectiva de Orientación a las Personas.

Perspectiva de Mejora de Procesos.

Perspectiva de Innovación, Investigación y Formación.

IV. CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2023-2024 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.

Mediante el *DECRETO 137/2022, de 28 de diciembre, por el que se establecen los criterios de aplicación de la prórroga automática de los presupuestos generales de la Comunidad de Madrid para 2022, hasta la entrada en vigor de los presupuestos generales para 2023*, se han establecido los criterios de aplicación de la prórroga automática de los presupuestos generales de la Comunidad de Madrid para 2022 durante el ejercicio 2023, desde el 1 de enero hasta la publicación y entrada en vigor de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2023.

En la Ley de Presupuestos para el ejercicio 2022 se establecieron 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 Centro de Transfusión 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 Centro.

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

1. El Centro de Transfusión 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.

Asimismo, el Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid se compromete a promover, planificar y coordinar la donación de sangre y aféresis basándose en el conocimiento profundo de las necesidades y con el objetivo de alcanzar la autosuficiencia, además de orientar su organización para conseguir la satisfacción de la demanda de hemocomponentes adecuado del Servicio Madrileño de la Salud.

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Centro de Transfusión los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del centro.

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

Capítulo I	Gastos de Personal	9.810.834,00 €
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	20.099.321,00 €

Los créditos asignados en Capítulo I, Gastos de Personal, comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato-Programa, dentro de los límites presupuestarios establecidos. En la dotación establecida para gastos de personal en el ejercicio 2023, se incluye el incremento del 2,5 % 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 2023 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.

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:

- 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 Centro de Transfusión 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 Centro de Transfusión ante la Dirección General de Infraestructuras Sanitarias.

Respecto de la facturación y cobros del Centro de Transfusión 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:	16.303.393,51 €
--------------------------------	---------------------------

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 01 de marzo de 2023.

El Viceconsejero de Gestión Económica
y Director General del Servicio Madrileño de Salud

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

D. Pedro Irigoyen Barja

D. Fernando Prados Roa

El Director Gerente del Centro de Transfusión

Luisa María Barea García

V. OBJETIVOS E INDICADORES

PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS Ponderación: 35/100	1.1. Cumplir el Capítulo I fijado en el contrato programa	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	1
		DGEF	4. Cumplimiento del Cap. II respecto al gasto estimado por el centro.	10
	1.3. Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II	DGEF	5. Cumplimiento de facturación prevista para el hospital	2
	1.4. Mejorar en la gestión de los productos hemoderivados	DGPIS	6. Porcentaje de donaciones rechazadas por resultados falsamente reactivos	2
		DGPIS	7. Caducidad de concentrados de hematies ≤1% en el 75% de los hospitales.	2
		DGPIS	8. Caducidad de plaquetas < del 10% en el 90% de los hospitales.	2
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS Ponderación: 25/100	2.1. Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	DGHAP	9. % acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	4
	2.2. Mejorar la atención y la autonomía del paciente	DGHAP	10. % acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones	5
	2.3. Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria.	DGHAP	11. % acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	3
		DGPIS	12. % de unidades de sangre total procesadas en Centro de Trasfusión procedentes de la donación de hospitales	4
	2.4. Optimizar el acceso a los servicios ofertados.	DGPIS	13. % de recuperación "in situ" de donantes inicialmente rechazados por hemoglobina capilar baja mediante el análisis de una muestra de sangre venosa en el hemoglobinómetro	4
		DGPIS	14. % de procesos de aféresis fallidos	4
2.5. Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes.	DGSP	15. Cobertura de vacunación de gripe de personal sanitario	1	
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS Ponderación: 25/100	3.1. Mejora en los procesos de donación	DGPIS	16. Tasa de donantes excluidos temporalmente que vuelven a donar una vez finalizado el periodo de exclusión	3
		DGPIS	17. % de procesos de aféresis multicomponente en los que se obtiene una unidad de plasma de al menos 500mL	3
	3.2. Mejora en los procesos de cobertura de demanda	DGPIS	18. Días del año con rotura de stock de seguridad de componentes hemáticos en los centros hospitalario.	3
		DGPIS	19. % de evolución del panel de donantes ampliamente genotipados	3
	3.3. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente.	DGHAP	20. % de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	6
		DGHAP	21. % acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	2
	3.4. Consolidar la gestión de la calidad.	DGHAP	22. % acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	6
4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN Ponderación: 15/100	4.1. Identificar medidas de mejora en los procesos asistenciales promovidas por los profesionales.	DGPIS	23. % de hospitales públicos y privados en los que el CTCM participa en el Comité Hospitalario de Transfusión	2
	4.2. Garantizar la seguridad en el acceso a los sistemas de información y a los datos.	DGSIES	24. % 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	25. 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	26. 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	27. % de ejecución del presupuesto destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2023 , gestionado por DG de Investigación, Docencia y Documentación.	2
		DGIDD	28. % de actividades formativas desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas), respecto al total de actividades desarrolladas dentro del Plan de Formación Continuada 2023, aprobado por la DG de Investigación Docencia y Documentación	2
	4.6. Potenciar la participación en proyectos de investigación.	DGIDD	29. Nº de proyectos de investigación activos por cada 1.000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
		DGIDD	30. Número de investigadores en proyectos de investigación activos	2

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 2023
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2023
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:	<p>La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales asignando una puntuación del 100 % del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100 %.</p> <p>Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100 %.</p> <p>Para calcular el límite del resultado con el que se alcance una evaluación positiva se utilizará la media de cumplimiento de este objetivo por el conjunto de los centros.</p>

OBJETIVO 1.2: MEJORAR LA GESTIÓN DE RR.HH.

INDICADOR 2: REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS, EN TIEMPO Y FORMA.

FÓRMULA:	Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses
NUMERADOR:	
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
COMENTARIOS:	<p>ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGRM y Fichas COVID-19 y remitir la información antes del día 28 de cada mes.</p> <p>ACCIÓN 2: Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes.</p> <p>ACCION 3: Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>ACCION 4: Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>Se valorará la calidad de la información remitida. Así mismo, se tendrá en consideración para la evaluación, la solicitud en tiempo y de forma expresa, de la demora en la entrega por parte del centro por circunstancias excepcionales</p>
META:	100%
EVALUACIÓN:	<p>Para cada una de las acciones será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo. - Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.
INDICADOR 3: TASA DE INTERINIDAD (Porcentaje)	
FÓRMULA:	Número de interinos nombrados/número de interinos autorizados x 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 2023
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo II asignado en Contrato Programa 2023
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 2023 y previa aprobación de la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras.
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 realizada
DENOMINADOR:	Facturación esperada
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera
COMENTARIOS:	
META:	1
EVALUACIÓN:	Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0

OBJETIVO 1.4: MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LOS PRODUCTOS HEMODERIVADOS

INDICADOR 6: PORCENTAJE DE DONACIONES RECHAZADAS POR RESULTADOS FALSAMENTE REACTIVOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de Donaciones rechazadas por resultado reactivo en los análisis de cribado serológico de enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión, resultando negativa la prueba de confirmación * 100
DENOMINADOR:	Donaciones totales
FUENTE DE DATOS:	Listados e-Progesa área de laboratorio
COMENTARIOS:	Frecuencia: Seguimiento mensual. Valoración final anual. Donaciones incluye donaciones de sangre total y de aféresis. Como resultados falsos positivos se contabilizan todos de los que disponemos de una prueba complementaria/confirmatoria, es decir HBsAg, Ac-VHC, Ac-VIH, PCR-VHB/VHC/VIH, Ac-Sífilis, Ac-Chagas y Ac-HTLV.
META:	< 0.5 %
EVALUACIÓN:	Menos de 0,5% = cumplimiento 100% Entre el 0,5 y el 0,66% = cumplimiento del 75% Entre el 0,75-1% = cumplimiento del 50% Entre 1,1 y 2% = cumplimiento del 25%

INDICADOR 7: CADUCIDAD DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES ≤1% EN EL 75% DE LOS HOSPITALES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Unidades terapéuticas de plaquetas caducadas * 100
DENOMINADOR:	Unidades terapéuticas de plaquetas transfundidas
FUENTE DE DATOS:	Informes de transfusión y caducidad remitidos por los hospitales, y registro de los mismos
COMENTARIOS:	El informe es remitido por los diferentes hospitales de forma mensual
META:	Promedio Global de caducidad en hospitales <6% y además caducidad <del 10% en el 90% o más de los hospitales
EVALUACIÓN:	Caducidad Promedio < 6% y caducidad < 10% en al menos el 90% de los hospitales = cumplimiento del 100% Caducidad Promedio 6-8% = cumplimiento del 75% Caducidad Promedio 8-10% = cumplimiento del 25%

INDICADOR 8: CADUCIDAD DE PLAQUETAS < DEL 10% EN EL 90% DE LOS HOSPITALES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Concentrado de hematíes caducados * 100
DENOMINADOR:	Concentrado de hematíes transfundidos
FUENTE DE DATOS:	Informes de transfusión y caducidad remitidos por los hospitales y registro de los mismos
COMENTARIOS:	El informe es remitido por los diferentes hospitales de forma mensual
META:	Caducidad promedio < 0,6% y caducidad < 1% en el 75% de los hospitales
EVALUACIÓN:	Caducidad promedio < 0,6% y caducidad < 1% en el 75% de los hospitales = cumplimiento del 100% Caducidad promedio 0,6-0.8% = cumplimiento del 75% Caducidad promedio 0,8-1% = Cumplimiento del 50%

2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.	
INDICADOR 9: PORCENTAJE DE ACCIONES DERARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones de calidad percibida que alcanzan la meta establecida*100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA).
COMENTARIOS:	<p>Líneas de actuación de la Comisión de Calidad para mejorar la calidad percibida, siendo prioritaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las necesidades de los pacientes a través de técnicas cualitativas (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, observación participante, etc.) y / o cuantitativas (encuestas de satisfacción...)
META:	3 líneas de actuación de la Comisión de Calidad incluyendo las prioritarias
EVALUACIÓN:	Cumplimiento: 100% si realizadas las 3 líneas de actuación. Incluyendo las prioritarias.

OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
INDICADOR 10: 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:	<p><u>Acción 1</u>: Disminución de la reclamación por motivo más frecuente ((Nº reclamaciones en 2023, por el motivo más frecuente - nº reclamaciones en 2022, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones por el mismo motivo en 2022)</p> <p><u>Acción 2</u>: Reducción de las reclamaciones de trato inadecuado ((Nº reclamaciones por motivo trato en 2023 - nº reclamaciones en 2022, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones de trato de 2022)</p>
META:	<p>Acción 1: ≤ -5% (Cumplimiento 100%)</p> <p>Acción 2: 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> <p>Reducción entre el 10 - 14% = cumplimiento del 25%</p>
EVALUACIÓN:	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 11: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN

FÓRMULA:	CUMPLIMENTACIÓN MODELO SER+HUMANO CON MEMORIA DE EVIDENCIAS Y PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA
NUMERADOR:	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Formulario auto-evaluación + memoria con evidencias + informe con propuestas de mejora remitido al Área de Coordinación de Proyectos de Humanización y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acción 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2023 • Acción 2: Remisión de memoria con evidencias cuya metodología se propondrá desde el Área de Coordinación de Proyectos de Humanización • Acción 3: propuesta de 2 acciones de mejora por cada eje del modelo respecto a los resultados de la autoevaluación previa.
META:	<p>Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación</p> <p>Actividad 2: remisión de la memoria con evidencias</p> <p>Actividad 3: remisión del informe con propuesta de 2 acciones de mejora por cada eje del modelo</p>
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)

OBJETIVO 2.4: OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS

INDICADOR 12: PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE TOTAL PROCESADAS EN CENTRO DE TRASFUSIÓN PROCEDENTES DE LA DONACIÓN DE HOSPITALES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de Unidades de Sangre total recolectadas en las unidades hospitalarias de donación * 100
DENOMINADOR:	Total de unidades de sangre recolectadas en los distintos puntos hospitalarios+ móviles + Centro de Transfusión
FUENTE DE DATOS:	Estadística de donantes y donaciones de e-Progesa
COMENTARIOS:	
META:	≥ 45%
EVALUACIÓN:	≥ 45% = Cumplimiento del 100% 34% - 45% = Cumplimiento del 75% 22,5% - 34% = cumplimiento del 25%

INDICADOR 13: % DE RECUPERACIÓN "IN SITU" DE DONANTES INICIALMENTE RECHAZADOS POR HEMOGLOBINA CAPILAR BAJA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN EL HEMOGLOBINÓMETRO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de donantes con Hbc baja que acceden a realizarse una toma de sangre venosa que analizada en el hemoglobinómetro presenta un adecuado nivel de Hb permitiendo que el donante done*100
DENOMINADOR:	Nº total de donante rechazados inicialmente por Hbc baja
FUENTE DE DATOS:	Cuadro de mandos del proceso de donación
COMENTARIOS:	
META:	Reducción superior al 10%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

INDICADOR 14 : % DE PROCESOS DE AFÉRESIS FALLIDOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº procesos de aféresis interrumpidos antes de su finalización*100
DENOMINADOR:	Nº total de procesos de aféresis
FUENTE DE DATOS:	Cuadro de mandos del proceso de aféresis
COMENTARIOS:	
META:	menor de 5%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

OBJETIVO 2.5: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

INDICADOR 15: 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: MEJORA EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN

INDICADOR 16: TASA DE DONANTES EXCLUIDOS TEMPORALMENTE QUE VUELVEN A DONAR UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE EXCLUSIÓN

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Donantes excluidos en el transcurso del año previo que desde la fecha fin de su exclusión al momento de la medición han vuelto a donar *100 (global y en función de las donaciones previas al momento de la exclusión)
DENOMINADOR:	Total de donantes excluidos en el año previo
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	Mayor del 50%
EVALUACIÓN:	Trimestral, semestral y anual

INDICADOR 17: % DE PROCESOS DE AFÉRESIS MULTICOMPONENTE EN LOS QUE SE OBTIENE UNA UNIDAD DE PLASMA DE AL MENOS 500ML

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de procesos de aféresis multicomponente en los que se obtiene una unidad de plasma de al menos 500mL*100
DENOMINADOR:	Nº total de procesos de aféresis multicomponente
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	Mayor del 90%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

OBJETIVO 3.2: MEJORA EN LOS PROCESOS DE COBERTURA DE DEMANDA

INDICADOR 18: DÍAS DEL AÑO CON ROTURA DE STOCK DE SEGURIDAD DE COMPONENTES HEMÁTICOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de días en los que el stock de componentes sanguíneos se encuentra por debajo del stock de emergencia, calculado según el procedimiento PO.DIS.01 durante el periodo de estudio
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Balance diario de componentes sanguíneos realizado en Área de Fraccionamiento y Distribución
COMENTARIOS:	El stock de emergencia para cada uno de los componentes sanguíneos es el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Concentrados de hematíes (1.250 unidades totales) - Unidades terapéuticas de plaquetas (100 unidades totales) - Plasma (100 unidades de grupo AB y 800 unidades totales)
META:	0
EVALUACIÓN:	0 días = Cumplimiento del 100% Por cada día de rotura de stock se considerará un decremento en el cumplimiento del objetivo del 5%

INDICADOR 19: % DE EVOLUCIÓN DEL PANEL DE DONANTES AMPLIAMENTE GENOTIPADOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de donantes genotipados*100
DENOMINADOR:	nº total de donantes a tipificar en el periodo de análisis
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	100%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

OBJETIVO 3.3: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR 20: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida*100.
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (2).
FUENTE DE DATOS:	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA).
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.</p> <p>Acción 2: Objetivos de seguridad propios del centro, siendo prioritarios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -Designar a un responsable de seguridad del paciente 2. -Realización de plan de seguridad de acuerdo a las recomendaciones de la SGCA sobre el Decreto 4/2021. 3. -Promover actuaciones para la identificación inequívoca de muestras
META:	<p>Acción 1: 3 rondas de seguridad</p> <p>Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios.</p>
EVALUACIÓN:	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 21: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida * 100
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (2)
FUENTE DE DATOS:	Auto-declarado. Validación por SGCA
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1. Realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS</p> <p>Acción 2. Disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención >95%</p>
META:	<p>Acción 1: Realización de la autoevaluación alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio (consolidación).</p> <p>Acción 2: PBA punto de atención >95%</p>
EVALUACIÓN:	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

OBJETIVO 3.4: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

INDICADOR 22: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de acciones para impulsar la gestión de la calidad que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado. Validación por SGCA.
COMENTARIOS:	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Despliegue del Plan de Acción derivado de la autoevaluación EFQM.</p> <p>Acción 2: Implantación/ Certificación UNE EN ISO 14001:2015 de Sistema de Gestión ambiental (SGA).</p> <p>Acción 3: Autoevaluación de la Responsabilidad Social mediante el cuestionario de autoevaluación actualizado.</p>
META:	<p>Acción 1: Despliegue de, al menos, 2 acciones de mejora del Plan de Acción.</p> <p>Acción 2: Implantado/certificado SGA.</p> <p>Acción 3: Complimentación del cuestionario de autoevaluación de Responsabilidad Social actualizado y alcanzado, al menos, nivel medio.</p>
EVALUACIÓN:	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

OBJETIVO 4.1: IDENTIFICAR MEDIDAS DE MEJORA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES PROMOVIDAS POR LOS PROFESIONALES	
INDICADOR 23: % DE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS EN LOS QUE EL CTCM PARTICIPA EN EL COMITÉ HOSPITALARIO DE TRANSFUSIÓN	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de hospitales en los que el CTCM participa
DENOMINADOR:	Nº total de hospitales
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	Incremento anual de al menos un 20%
EVALUACIÓN:	Semestral y anual

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

INDICADOR 24: 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 25: 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:	Tendrían un valor entre 0 y 1: <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 26: 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:

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.

META:

1 (100%)

EVALUACIÓN:

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 27: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, GESTIONADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL CENTRO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el centro Hospitalario.
DENOMINADOR:	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el Hospital .
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 28: 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 2023 aprobado para el centro Hospitalario.
DENOMINADOR:	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2023 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 29: 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 2023 / 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:	Proyecto activo: Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente. No se incluyen los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado. El indicador se corresponde con el denominado “Proyectos activos” dentro del epígrafe “Proyectos de Investigación” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS..
META:	Igual o mayor al 85% del valor del indicador en 2022
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 2022 se asignará el 75% de la puntuación •Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2022 se asignará el 50% de la puntuación •Con un valor inferior al 50% del indicador en 2022 se asignará un 25% de la puntuación
INDICADOR 30: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	
FÓRMULA:	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2023
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:	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: (a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien (b) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado,



	<p>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 2022
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 2022 se asignará el 75% de la puntuación.• Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2022 se asignará el 50% de la puntuación.• Con un valor inferior al 50% del indicador en 2022 se asignará un 25% de la puntuación.

VI. RR.HH.

TIPO_CAT	CATEGORIA	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	GUARDIAS	Total general
		FIJO	INTERINO POR	RESTO DE INTERINOS			
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA	4	13		17	3	20
	MEDICO		2		2		2
	ENFERMERO/A	25	6	3	34		34
Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA		29	21	3	53	3	56
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO	6	50		56		56
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	14	4		18		18
Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL		20	54		74		74
PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA		3		3		3
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR		1		1		1
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR EN SERVICIO MEDICO O INVESTIGACION	1		1	2		2
	INGENIERO TECNICO		1		1		1
	TECNICO DE MANTENIMIENTO	1	1		2		2
	GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	11	5		16		16
	JEFE DE NEGOCIADO	1			1		1
	TECNICO ESPECIALISTA DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		1		1		1
	TECNICO ESPECIALISTA III A EXTINGUIR	1			1		1
	AUXILIAR DE CONTROL E INFORMACION	2			2		2
	CONDUCTOR		2		2		2
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	7	16	1	24		24
	TECNICO AUXILIAR	1			1		1
	CELADOR	3	3		6		6
	PERSONAL AUXILIAR DE SERVICIOS	2	2		4		4
Total PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS		30	35	2	67		67
Total general		79	110	5	194	3	197



Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Contrato Programa 2023



TIPO_CAT	CATEGORIA - ESPECIALIDAD	EFECTIVOS		Total EFECTIVOS	GUARDIAS	Total general
		FIJO	INTERINO POR VACANTE			
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ANALISIS CLINICOS		1	1		1
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA		7	7	3	10
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA	3	1	4		4
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	1	4	5		5
	Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	4	13	17	3	20
Total general		4	13	17	3	20

PUESTOS DIRECTIVOS	
PUESTO	Total
DIRECTORIA GERENTE NIVEL II	1
DIRECTORIA MÉDICO NIVEL II	1
SUBDIRECTORIA DE ENFERMERÍA NIVEL II	1
DIRECTORIA DE GESTIÓN NIVEL II	1
TOTAL	4

TIPO CAT	PUESTO	Total
FA	JEFE DE SERVICIO	1
	JEFE DE SECCIÓN	1
NF	COORDINADOR DE TÉCNICOS SUPERIORES ESPECIALISTAS	1
	SUPERVISORIA DE UNIDAD	3
NS	JEFE DE SERVICIO	1
	JEFE DE SECCIÓN	2
	JEFE DE GRUPO	2
	JEFE DE EQUIPO	3
	JEFE DE NEGOCIADO	1
TOTAL		15

VII. CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO

La Comunidad de Madrid pone a disposición la siguiente dirección web, donde se podrá consultar, entre otra información, la oferta asistencial básica del centro

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