Comunidad de Madrid | Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Anonimizado

SaludMadrid

Anonimizado

[redacted]

Contrato Programa con la Gerencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

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

2024

[redacted]

Contenido

INTRODUCCIÓN....3
MARCO NORMATIVO....3
MARCO ESTRATÉGICO....4
CONDICIONES GENERALES....7
ANEXO I....12
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS....13
2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS....23
3. MEJORA DE PROCESOS....33
4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN....51
ANEXO II....57

Anonimizado
[redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

INTRODUCCIÓN

En el ámbito del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los contratos programa (C.P.) se erigen como instrumentos esenciales para la gestión de los centros asistenciales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Estos acuerdos, establecidos entre la Dirección General del SERMAS y las gerencias de los distintos centros, establecen un compromiso mutuo para alcanzar objetivos anuales priorizados.

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

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

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

MARCO NORMATIVO

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

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

- **Atención sanitaria integral:** El SERMAS garantiza una atención médica completa a la población madrileña, desde la atención primaria hasta la especializada, abarcando todas las etapas del ciclo vital y las diversas necesidades de salud de los ciudadanos.

Anonimizado [redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

- **Calidad y seguridad sanitaria:** La calidad y la seguridad de los servicios sanitarios son prioridades absolutas para el SERMAS. Implementa rigurosas medidas de control y seguimiento para garantizar la excelencia en la atención prestada, protegiendo la salud y el bienestar de los pacientes.
- **Gestión de recursos económicos:** El SERMAS administra de manera eficiente y transparente los recursos financieros destinados al sistema sanitario público. Implementa estrategias de optimización y control del gasto, asegurando el uso responsable de los fondos públicos y la sostenibilidad del sistema.
- **Gestión de recursos humanos:** El SERMAS reconoce al capital humano como un elemento clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario. Vela por el bienestar laboral de sus profesionales, fomenta su desarrollo profesional continuo y apuesta por la atracción y retención de talento.
- **Gestión de centros y servicios sanitarios:** El SERMAS administra una amplia red de centros, servicios y establecimientos sanitarios distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. Garantiza el buen funcionamiento de estas instalaciones, optimizando su uso y asegurando la calidad de los servicios prestados en ellas.
- **Promoción y protección de la salud:** El SERMAS va más allá de la atención sanitaria asistencial y se compromete activamente con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Implementa programas y campañas de sensibilización, fomentando hábitos de vida saludables y reduciendo la carga de enfermedad entre la población.
- **Investigación y formación:** El SERMAS impulsa la investigación biomédica y sanitaria, promoviendo la colaboración entre profesionales de diferentes áreas y apoyando proyectos que buscan soluciones innovadoras a los desafíos de la salud. Asimismo, dedica un gran esfuerzo a la formación continua de sus profesionales, asegurando que se mantengan actualizados en las últimas técnicas y conocimientos médicos.
- **Salud pública:** El SERMAS juega un papel fundamental en la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

MARCO ESTRATÉGICO

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

Aprobado en 2020 y ratificado en 2021, este marco estratégico se articula en torno a cuatro perspectivas clave que abarcan la totalidad de las funciones y responsabilidades del SERMAS:

1. Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos:

Anonimizado
[redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

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

2. Perspectiva de Orientación a las Personas:

El centro de la estrategia del SERMAS reside en las personas, tanto en los pacientes que reciben atención sanitaria como en los profesionales que la proporcionan. Para ello, se brindará una atención sanitaria basada en valores humanos, potenciando la cultura de servicio, la accesibilidad y la equidad. Además, se reforzará el modelo de atención al ciudadano, orientándolo a sus necesidades y expectativas.

3. Perspectiva de Mejora de Procesos:

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

4. Perspectiva de Innovación, Investigación y Formación:

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2024-2025 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 2024 se han establecido como elementos fundamentales de actuación en el ámbito hospitalario los siguientes objetivos:

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

Anonimizado [redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

En virtud de lo señalado, el presente Contrato Programa 2024 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

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

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

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

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

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

POBLACIÓN TOTAL (TSI)				
Hospital General Universitario Gregorio Marañón				
Distribución población TSI según tramos etarios				
0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
5.992	34.573	215.904	42.647	24.240

   Asimismo, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón 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 General Universitario Gregorio Marañón los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del centro, conforme a la Ley de Presupuestos 2024.

Anonimizado [redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

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

Capítulo I	**Gastos de Personal**	**358.419.276 €**
	Formación de Personal Sanitario	**28.165.197 €**
Capítulo II	**Bienes Corrientes y de Servicios**	**175.483.244 €**

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

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2024 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha.

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

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

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

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

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

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

Anonimizado [redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

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

3. La actividad extraordinaria que desarrolle el Hospital General Universitario Gregorio Marañón a fin de cumplir con el objetivo previsto relativo a facilitar a los ciudadanos la atención en tiempo conforme a los objetivos institucionales de reducción de la lista de espera, será igualmente financiada por el Servicio Madrileño de Salud con una aportación adicional de **3.367.982,31 €**.

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

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

4. Respecto de la facturación y cobros del Hospital General Universitario Gregorio Marañón 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:	**14.070.473,16 €**

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.

Anonimizado [redacted]

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

Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid a lunes, 13 de mayo de 2024.

La Viceconsejera de Sanidad y Directora General del Servicio Madrileño de Salud	El Director Gerente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Firmado digitalmente por: GUTIÉRREZ BARRENO LAURA Fecha: 2024.06.14 11:56	Firmado digitalmente por: GARCIA DE SAN JOSE SONIA Fecha: 2024.06.11 18:35
Dª Laura Gutiérrez Barreno	D. Sonia García de San José

Este documento es una copia anonimizada del original firmado, en la que se ha suprimido el acceso a datos personales protegidos

Anonimizado [redacted]

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

ANEXO I

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTUACIÓN
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.1 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAP. I	01 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. I	14
	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	02 REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES A RRHH, EN TIEMPO Y FORMA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS	2
		03 PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT	1
	1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	04 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. II	9
		05 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO	1
		06 PORCENTAJE DE NÚMERO DE CONTRATOS MENORES SOBRE EL TOTAL DE CONTRATOS	1
		07 PORCENTAJE DEL GASTO DE LA CONTRATACIÓN MENOR RESPECTO AL TOTAL DEL GASTO DE EXPEDIENTES DE	1
	1.4 INCREMENTAR LOS REGISTROS SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB	08 OPTIMIZACIÓN Y CALIDAD DE REGISTRO SIFCO: - 8A OPTIMIZACION REGISTRO SIFCO HOSPITALES CON CSUR. - 8B. CALIDAD REGISTRO HOSPITALIZACION SIFCO HOSPITALES CON CSUR.	1
	1.5 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO	09 COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO INDICE SINTETICO DE EFICIENCIA (IAI): COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGIAS ONCOLOGIAS DE ALTO	2,5
		10 PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON BIOSIMILARES DE ALTO IMPACTO	1,5
		11 OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBÓTICO (IPRCA (A)) Y SEGURIDAD EN RECETA (B)	1
	1.6 ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	12 RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS	1
		13 RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES	1
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	14 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	3
		15 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	1
	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	16 % DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL	2
		17 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES	2
	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	18 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN	3
		19 IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA	1
	2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	20 DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL EN LEQ, LECY LET	3
		21 PACIENTES QUIRÚRGICOS DIANA SIN INTERVENIR	2
		22 PACIENTES CON DEMORA SUPERIOR A 90 DÍAS EN LEC	2
		23 RENDIMIENTO DE QUIRÓFANO	2
		24 INDICE SUCESIVAS/PRIMERAS	1
	2.5 PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	25 COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE DE PERSONAL SANITARIO	1
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	26 AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS	2
		27 IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA)	2
		28 PORCENTAJE DE INGRESO (A) Y PORCENTAJE DE REINGRESO URGENCIAS (B)	2
	3.2 OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	29 % DE PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA	2
	3.4 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES	30 POTENCIACIÓN DE LAS DONACIONES	1
		31 SALUD MENTAL	1
		32 PALIATIVOS	1
	3.5 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	33A % DE E-CONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 H 33B % DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA	1
		34A: % DE VPE VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD 34B: % DE SM VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD	1
	3.6 MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	35 POTENCIAR EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	2
	3.7 MEJORAR LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE MAYOR INSTITUCIONALIZADO ATENDIDO EN URGENCIAS	36 PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS REEVALUADOS EN URGENCIAS DURANTE LAS 72 HORAS POSTERIORES AL ALTA DE DICHO SERVICIO	1
		37 POTENCIAR LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	1
	3.8 REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS	38 INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA	1,5
		39 VIGILANCIA STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)	1,5
	3.9 AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	40 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	2
		42 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	3
		43 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	1
	3.10 CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	44 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	3
04 INNOVACIÓN Y DESARROLLO	4.1 PROMOVER LA PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN INDICADORES Y DATOS DE SALUD	44 DESARROLLO DE PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	2
	4.2 ACTUALIZACIÓN CÓDIGOS ASISTENCIALES	45 CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CÓDIGOS ASISTENCIALES	1
	4.3 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES	46 % 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	2
		47 % DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, GESTIONADO POR DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL	2
	4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	48 NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	2
		49 NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (FSEU)	2

[redacted]

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

FICHAS 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 2024
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2024
FUENTE DE DATOS:	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
COMENTARIOS:	A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el Contrato Programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc…
META:	**Resultado igual o inferior a 1 (100 %)**
EVALUACIÓN:	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.

Anonimizado [redacted]

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

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:	ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGRM 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.
META:	**100%**
EVALUACIÓN:	Para cada una de las acciones será: - Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo. - Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.
INDICADOR 3: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT	
FÓRMULA:	**% de sustitución de ausencia por IT del centro/((% de sustitución del grupo del hospitales del ejercicio 2023)*0,95)**
NUMERADOR:	Porcentaje de sustitución de ausencias por IT del centro
DENOMINADOR:	El 95 % del porcentaje de sustitución de ausencias por IT del grupo de hospitales del ejercicio 2023
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES

Anonimizado [redacted]

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

COMENTARIOS:	Los datos de absentismo y sustitución de ausencias se recogen en 9 grupos profesionales. En la fórmula de evaluación se utilizará, tanto en el numerador como en el denominador, una media ponderada de los datos de las 9 agrupaciones profesionales.
META:	Menor o igual a 1.
EVALUACIÓN:	• Menor o igual a 1: 3 Puntos. • Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5. • Valores superiores a 1,5: 0 Puntos.

Anonimizado [redacted]

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

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 2024
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo II asignado en Contrato Programa 2024
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
COMENTARIOS:	El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2024 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 a terceros realizada en 2024
DENOMINADOR:	Facturación a terceros esperada para 2024
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
COMENTARIOS:	
META:	1
EVALUACIÓN:	Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0
INDICADOR 06: PORCENTAJE DE NÚMERO DE CONTRATOS MENORES SOBRE EL TOTAL DE CONTRTATOS	
FÓRMULA:	**Número de contratos /total contratos**
NUMERADOR:	Número de contratos menores
DENOMINADOR:	Número de contratos totales
FUENTE DE DATOS:	Los propios hospitales y registro de contratos

Anonimizado [redacted]

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

COMENTARIOS:	Evaluación semestral
META:	<25%
EVALUACIÓN:	Tendencia descendente
INDICADOR 07: PORCENTAJE DEL GASTO DE LA CONTRATACÓN MENOR RESPECTO AL TOTAL DEL GASTO DE EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN	
FÓRMULA:	**Gasto total contratos menores /gasto total contratos**
NUMERADOR:	Gasto de la contratacón menor
DENOMINADOR:	Gasto total de expedientes de contratación
FUENTE DE DATOS:	Los propios hospitales y registro de contratos
COMENTARIOS:	Evaluación final de ejercico
META:	<15%
EVALUACIÓN:	Tendencia descendente

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 1.4 INCREMENTAR LOS REGISTRSO SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB (SINTÉTICO)	
INDICADOR 8A: OPTIMIZACION REGISTRO SIFCO HOSPITALES CON CSUR	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Total de Registros Finalizados (en el periodo de evaluación)
DENOMINADOR:	Total de Registros Recibidos
FUENTE DE DATOS:	SIFCO-WEB
COMENTARIOS:	Registros recibidos: Solicitados por CCAA de origen a fecha de autorización Registro finalizado: Registro con fecha de finalización y con estado de atención registrada.
META:	**Igual o superior al 80%**
EVALUACIÓN:	Sobre los Datos del último cierre de SIFCO disponible.
INDICADOR 8B: CALIDAD REGISTRO HOSPITALIZACION SIFCO HOSPITALES CON CSUR	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Total Asistencias Compensadas en Hospitalización (Anexo I y III)
DENOMINADOR:	Total de Asistencias finalizadas en Hospitalización (Anexo I y III)
FUENTE DE DATOS:	SIFCO-WEB
COMENTARIOS:	Asistencias Compensadas: Aquellas están dentro de los GRDs listados por el Ministerio Asistencias Finalizadas: Atenciones de hospitalización con fecha de finalización y con estado de atención registrada.
META:	**Igual o superior al 60%**
EVALUACIÓN:	Este objetivo se valorará siempre y cuando se cumpla el 1.4. En caso de no cumplirse el 1.4, se darán por no cumplido cumplidos ambos

[redacted]

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

OBJETIVO 1.5: MEJORA LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO	
INDICADOR 9: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA) y COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO	
INDICADOR 9A: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DEEFICIENCIA)	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Coste acumulado de principios activos de alto impacto en pacientes externos
DENOMINADOR:	Paciente dispensado medio con patología de alto impacto
FUENTE DEDATOS:	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 2)
META:	**Tendencia favorable: descendente**
EVALUACIÓN:	Trimestral *(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales2024)*
INDICADOR 9B: COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Coste acumulado de los tratamientos con fármacos oncológicos en Cáncer deMama y Cáncer de Próstata
DENOMINADOR:	Paciente dispensado medio con esta patología
FUENTE DEDATOS:	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año2024 (Peso porcentual 0.5)
META:	**Tendencia favorable: descendente**
EVALUACIÓN:	Trimestral *(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales2024)*
INDICADOR 10: PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON BIOSIMILARES DE ALTO IMPACTO	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de pacientes totales en tto. con Infliximab, Etanercep, Adalimumab,Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv, Ranibizumab, Tocilizumab, Eculizumab y Natalizumab biosimilar

Anonimizado [redacted]

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

DENOMINADOR:	Número total de pacientes en tto. con Infliximab, Etanercep, Adalimumab,Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv, Ranibizumab, Tocilizumab, Eculizumab y Natalizumab (biosimilar + no biosimilar)
FUENTE DEDATOS:	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024
META:	**Tendencia favorable: ascendente**
EVALUACIÓN:	Trimestral *(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales2024)*
INDICADOR 11: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) Y SEGURIDAD EN RECETA	
INDICADOR 11A: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Actividad anual para considerar PROA activo teniendo en cuenta las Normas de Certificación de Equipos PROA Hospitalarios elaboradas por el Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos (PRAN) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Ministerio de Sanidad.
DENOMINADOR:	Indicador para promover el desarrollo y certificación de las actividades de losPROA en el ámbito hospitalario.
FUENTE DEDATOS:	Registro Específico a través de un Formulario online.
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 0.5)
META:	**100%** *Se justificará y ponderará según las actividades indicadas y desarrolladas en elManual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024.*
EVALUACIÓN:	Anual *(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales2024)*
INDICADOR 11B: SEGURIDAD EN RECETA	
FÓRMULA:	

Anonimizado [redacted]

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

NUMERADOR:	Acción 1: Porcentaje de pacientes ≥ 65 años con dosis altas decitalopram y escitalopram. Acción 2: Porcentaje de pacientes ≥ 74 años en tratamiento crónico de AAS a dosis demás de 150 mg. Acción 3: Porcentaje de pacientes ≥ 74 años con dispensaciones de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) respecto a los que tienen cualquier medicamento. Acción 4: Porcentaje de pacientes ≥ 74 años con AINE crónico. Acción 5: Porcentaje de pacientes con prescripción de combinaciones demedicamentos inapropiadas. Acción 6: Porcentaje de pacientes con pautas erróneas de metotrexato (MTX).
DENOMINADOR:	Acciones 1-4: indicadores de continuidad asistencial para fomentar laadecuación y seguridad de los tratamientos en pacientes mayores. Acción 5: indicador de continuidad asistencial para fomentar la seguridad de los tratamientos evitando la prescripción de combinaciones inapropiada. Acción 6: indicador de continuidad asistencial para fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos con metotrexato.
FUENTE DEDATOS:	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de laComunidad de Madrid (Farm@drid)
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 0.5)
META:	**Tendencia favorable: descendente**
EVALUACIÓN:	Trimestral *(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales2024)*

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 1.6: ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	
INDICADOR 12: RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de registros ajustados facturables
DENOMINADOR:	Nº de registros declarados
FUENTE DE DATOS:	Auditoría de la Actividad
COMENTARIOS:	Adecuar la correcta documentación de la información clínica que evidencie(de forma ajustada al Manual de Facturación Intercentros_MFI) la actividadclínica asistencial realizada a los pacientes de los hospitales de gestión indirecta para poder realizar un cálculo del Balance Intercentros lo más preciso posible. La valoración del indicador se realizará con los datos disponibles de la auditoría de actividad de los hospitales de gestión directa e indirecta del ejercicio disponible en el año en curso a aplicar, esto es, el ejercicio cerrado previo. Se aplicará en el CP24 con los datos de la auditoría de 2023 al no poder tener una aplicación retroactiva este indicador.
META:	**Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales**
EVALUACIÓN:	100% si se alcanza la meta.
INDICADOR 13: RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de informes clínicos digitales válidas (conforme al MFI) disponibles en HORUS
DENOMINADOR:	Nº total de registros de actividad clínica declarada
FUENTE DEDATOS:	HORUS
COMENTARIOS:	La valoración del indicador se realizará con los datos disponibles de la auditoría de actividad de los hospitales de gestión directa e indirecta del ejercicio disponible en el año en curso a aplicar, esto es, el ejercicio cerrado previo. Se aplicará en el CP24 con los datos de la auditoría de 2023 al no poder tener una aplicación retroactiva este indicador.
META:	**Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales**
EVALUACIÓN:	100% si se alcanza la meta,

Anonimizado [redacted]

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

2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.	
INDICADOR 14: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA.	
FÓRMULA	**(Numerador/Denominador)*100**
NUMERADOR	Nº de acciones de calidad percibida que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Acción 1. Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2024. Acción 2 y 3. Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP).
COMENTARIOS	Acción 1: Satisfacción global con la atención recibida en 2024. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados). Acción 2: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. Al menos 1 por segmento, de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, con la participación del Comité de Calidad Percibida; salvo que se justifique su no realización en algunos casos por satisfacción global >=95%. Acción 3: Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son: Grupo 1 y 2; Apoyo; Media Estancia y Psiq: • Desarrollo de 1 acción de mejora derivada del Mapa de experiencia del paciente realizado en 2023 • Realizar una reunión invitando a profesionales de urgencias/servicio crítico para la gerencia, para analizar situación e identificar áreas de mejora • Promover la participación de los pacientes en los comités. Grupo 3: Además de las anteriores realizar entrevista semiestructurada a pacientes clave para conocer la opinión de pacientes y/o familiares.
META	Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o >=90%. Acción 2: - Grupos 1, 2 y 3: 5 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. - Media estancia: 3 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023.

Anonimizado [redacted]

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

	- Apoyo y Psq: 2 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. Acción 3: - Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 2 prioritarias. - Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 3 prioritarias. - Apoyo; Media estancia y Psq: 3 líneas incluyendo las prioritarias.
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 15: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	
FÓRMULA	**(Numerador/Denominador)*100**
NUMERADOR	Nº de acciones para mejorar los resultados clave de la organización que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Acción 1: Observatorio de Resultados. Acción 2 y 3: Autodeclarado y validado por la SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Cumplir con los indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente y alcanzar el estándar. El estándar en indicadores ajustados se considera RME e IC <=1; y en indicadores no ajustados P65 del grupo. Acción 2: Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados publicados en el año en curso. Además, si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). Acción 3. Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio.
META	Acción 1: >=90% de los indicadores. Acción 2: Informe de revisión con las acciones de mejora en todos los indicadores que no alcancen el estándar. Acción 3: Identificación y propuesta de una buena práctica.
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
INDICADOR 16: Porcentaje de acciones desarrolladas de Bioética Asistencial	
FÓRMULA	Nº de acciones que alcanzan la meta establecida (acción 1x0,5 +acción 2x0,5) * 100
NUMERADOR ACCIÓN 1	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2
DENOMINADOR ACCIÓN 1	
FUENTE DE DATOS:	Centro Sanitario
COMENTARIOS	**Acciones propuestas:** **Acción 1:** Mejora de la demora del ciudadano para el otorgamiento de IIPP Nº personas citadas < 1 mes de demora/número de personas citadas en 1 mes **Acción 2:** Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS
META	Acción 1: >90% Acción 2: SI = 100%; NO= 0%
EVALUACIÓN	100% (Actividad 1: 50% + Actividad 2: 50%)

INDICADOR 17A: Reducción de las reclamaciones de trato	
FÓRMULA	Nº reclamaciones por motivo trato en 2023 - Nº reclamaciones en 2023, por el mismo motivo) * 100 / Nº reclamaciones de trato de 2023
FUENTE DE DATOS	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS	A pesar de ser un indicador que lleva varios años incluidos en el contrato programa, es oportuno mantenerlo.
META	• Reclamaciones de trato= 0 o reducción de > 25% cumplimiento del 100% • Reducción entre el 16-25%= 75% • Reducción entre el 11-15%= cumplimiento del 50% • Reducción entre el 5-10%= cumplimiento del 25%
EVALUACIÓN	**Indicada en la meta en función del resultado alcanzado.**

Anonimizado [redacted]

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

INDICADOR 17B: Porcentaje de disminución de la reclamación más frecuente en cada centro de sanitario	
FÓRMULA	(Nº reclamaciones en 2023, por el motivo más frecuentes - nº reclamaciones en 2023, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones por el mismo motivo en 2023
FUENTE DE DATOS	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS	
META	• Reducción del 3 al 5% = cumplimiento del 25%. • Reducción del 6 al 10 % = cumplimiento 50 % • Reducción del 11 al 20 % = cumplimiento 75 % • Reducción > 20 % = cumplimiento 100 %
EVALUACIÓN	Indicada en la meta en función del resultado alcanzado.

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 2.3 : CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	
INDICADOR 18: ***PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN***	
FÓRMULA:	Cumplimentación modelo Ser+Humano con registro de evidencias y seguimiento de las acciones de mejora propuestas en 2023
NUMERADOR:	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Formulario auto-evaluación que incluye evidencias y seguimiento de las acciones de mejora
COMENTARIOS:	Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2024 Acción 2: Remisión de evidencias a través del formulario SER+HUMANO Acción 3: Estado de evolución de las acciones de mejora propuestas en Contrato Gestión 2023
META:	Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación Actividad 2: remisión de evidencias Actividad 3: remisión de evolución de las acciones de mejora propuestas
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 30% + Actividad 2: 40% + Actividad 3: 30%)
INDICADOR 19: IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA	
FÓRMULA:	Inclusión de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en el informe de alta de enfermería
NUMERADOR:	Nº de informes de alta de Enfermería con recomendación EMS en el periodo de estudio
DENOMINADOR:	Nº total de informes de alta de Enfermería en el periodo de estudio
FUENTE DE DATOS:	Sistema de información Historia Clínica del hospital

Anonimizado [redacted]

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

COMENTARIOS:	La Escuela Madrileña de Salud pone a disposición de la ciudadanía recursos online educativos de alfabetización en salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual, 24 horas al día, 365 días al año: (https://escueladesalud.comunidad.madrid/) Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadoras y cuidadores y ciudadanía, en general, es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial. El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía
META:	**> 60%**
EVALUACIÓN:	Se realizará muestreo de informes de alta de enfermería

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO: 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	
INDICADOR 20: DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL EN LEQ, LEC Y LET	
FÓRMULA:	**Demora media estructural a fecha de corte**
NUMERADOR:	Σ de días (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro) – días en TNP/demora voluntaria
DENOMINADOR:	Número de pacientes en LE Estructural
FUENTE DE DATOS:	RULEQ / SICYT
COMENTARIOS:	En Consultas y Técnicas, la fecha de inicio de cómputo es la mayor entre la fecha de indicación y la fecha de demora voluntaria. La fecha de fin de cómputo es la fecha de corte, excepto en los casos de última espera con aplazamiento por motivos del paciente, en los que se considera la menor entre fecha de corte y fecha de hueco. Los servicios y técnicas que se consideran para el cálculo del indicador se pueden consultar en la Herramienta de Gestión y Planificación Sanitaria del SERMAS.
META:	< 45 días en las 3 listas
EVALUACIÓN:	El reparto del peso por lista será: - Quirúrgica 1,5 puntos de 3 - Consultas primeras 1,25 punto de 3 - Técnicas primeras 1,25 punto de 3 El cumplimiento se evaluará por cada una de las listas, de la siguiente manera: -100% si DME < 45 en fecha de corte 31-12-2024 -60% si DME < 55 en fecha de corte 31-12-2024 -25% si DME en fecha de corte de 31-12-2024 < DME en fecha de corte de 31-12- 2023.
INDICADOR 21: PACIENTES QUIRÚRGICOS DIANA SIN INTERVENIR	
FÓRMULA:	**Porcentaje de pacientes Diana no intervenidos**
NUMERADOR:	Número de pacientes en LEQ Estructural con fecha límite de intervención cumplida
DENOMINADOR:	Número de pacientes en LEQ Estructural
FUENTE DE DATOS:	RULEQ
COMENTARIOS:	Indicador que mide el cumplimiento del plazo de garantía de Intervención Quirúrgica. El objetivo es terminar cada mes sin pacientes pendientes de intervenir con plazo de garantía cumplido.
META:	0%
EVALUACIÓN:	Se evalúa el último día de cada mes: -1 punto si la medición en diciembre es 0% -1 punto si la medición en al menos 3 meses diferentes de diciembre es 0%

Anonimizado [redacted]

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

INDICADOR 22: PACIENTES CON DEMORA SUPERIOR A 90 DÍAS EN LEC	
FÓRMULA:	**Porcentaje de pacientes de más de 90 días en LEC**
NUMERADOR:	Número de pacientes en LEC Estructural con demora a fecha de corte superior a 90 días
DENOMINADOR:	Número de pacientes en LEC Estructural
FUENTE DE DATOS:	SICYT
COMENTARIOS:	La fecha de inicio de cómputo es la mayor entre la fecha de indicación y la fecha de demora voluntaria. La fecha de fin de cómputo es la fecha de corte, excepto en los casos de última espera con aplazamiento por motivos del paciente, en los que se considera la menor entre fecha de corte y fecha de hueco. Los servicios que se consideran para el cálculo del indicador se pueden consultar en la Herramienta de Gestión y Planificación Sanitaria del SERMAS.
META:	<10%
EVALUACIÓN:	Se evalúa el último día de cada mes: 2 puntos si la medición de diciembre es menor de 10% 1 punto si la medición de diciembre está entre 10% y 20% 0,5 puntos si la medición de diciembre de 2024 es menor que la medición de diciembre de 2023 El máximo de puntuación son 2 puntos

INDICADOR 23: RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS	
FÓRMULA:	**Porcentaje de tiempo utilizado de quirófano respecto al asignado**
NUMERADOR:	Tiempo de actividad quirúrgica (hora salida quirófano - hora entrada quirófano)
DENOMINADOR:	Tiempo de asignación quirúrgica
FUENTE DE DATOS:	Fichero de quirófanos
COMENTARIOS:	Se tiene en cuenta la asignación en jornada ordinaria. Se presume una asignación mínima en jornada ordinaria de 8,00 a 15,00. Se tiene en cuenta la actividad programada en jornada ordinaria. Los servicios que computan en el indicador son Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología.
META:	>75%
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del año 2024: -1,5 puntos si la medición final es superior a 75% -1,5 puntos si la medición final es superior que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad -1,5 puntos si la medición final es superior que la medición de 2023 La puntuación máxima es 2 puntos

Anonimizado [redacted]

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

INDICADOR 24: INDICE SUCESIVAS/PRIMERAS	
FÓRMULA:	**Índice Consultas Sucesivas / Consultas Primeras**
NUMERADOR:	Número de Consultas Sucesivas Realizadas
DENOMINADOR:	Número de Primeras Consultas Realizadas
FUENTE DE DATOS:	SICYT
COMENTARIOS:	Índice resultante de la comparación entre Consultas Sucesivas y Consultas Primeras. Se tendrán en cuenta para el indicador las consultas realizadas por los servicios de Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Aparato Digestivo, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Rehabilitación, Traumatología y Urología
META:	< 2
EVALUACIÓN:	Se evalúa el último día de cada mes: 0,5 puntos si la medición de diciembre es menor de 2 0,5 puntos si la medición de diciembre es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,5 puntos si la medición de diciembre de 2024 es menor que la medición de diciembre de 2023 La puntuación máxima es 1 punto

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 2.5: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	
INDICADOR : 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:	Para el numerador se contabilizarán todas las personas que estando incluidas en el denominador consten como vacunadas en el registro de vacunas, independientemente de en dónde se le ha administrado. En el denominador se contabilizarán el personal sanitario y sociosanitario que desempeñen su trabajo en los centros y servicios del Servicio Madrileño de Salud, independientemente de su vinculación laboral Se incluye el personal de gestión y servicios. El indicador se realizará sobre el total del personal diana, aunque en el registro para seguimiento del objetivo se recogerá la categoría profesional.
META:	**80%** (tasa objetivo OMS 75%)
EVALUACIÓN:	

Anonimizado [redacted]

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

3. MEJORA DE PROCESOS

OBJETIVO 3.1. MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	
INDICADOR 26: AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS QUIRURGICOS	
FÓRMULA:	**Porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos**
NUMERADOR:	Número de Intervenciones quirúrgicas realizadas en régimen ambulatorio
DENOMINADOR:	Número de Intervenciones quirúrgicas
FUENTE DE DATOS:	Fichero de quirófanos
COMENTARIOS:	Se calcula sobre la actividad quirúrgica programada realizada declarada mediante el Fichero de Quirófanos, tanto jornada ordinaria como extraordinaria. Los servicios que computan en el indicador son Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología.
META:	>70%
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del año 2024: 1,5 puntos si la medición final es superior a 70% 1,5 puntos si la medición final es superior que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 1,5 puntos si la medición final es superior que la medición de 2023 La puntuación máxima es 2 puntos
INDICADOR 27: INDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA (IEMA)	
FÓRMULA:	**Índice Estancia Observada / Estancia Esperada**
NUMERADOR:	Sumatorio de estancias utilizadas en episodios de hospitalización
DENOMINADOR:	Sumatorio de estancias esperadas en episodios de hospitalización según GRD, complejidad y grupo de hospital
FUENTE DE DATOS:	CMBD
COMENTARIOS:	El cálculo del IEMA se basa en un ajuste de tasas por el método indirecto agrupando los episodios de hospitalización en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y excluyendo dentro de cada GRD los episodios con estancias de 0 días y alta domiciliaria (outliers inferiores) y aquellos con estancia superior a un punto de corte calculado para cada GRD (outliers superiores). Un índice global inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente respecto a la Norma de comparación.
META:	<= 1

Anonimizado [redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: [redacted]

EVALUACIÓN:	La Norma de comparación utilizada será la conformada por el total de episodios de hospitalización de 2024 de los hospitales del grupo al que pertenece cada hospital. Se excluirán los episodios a cargo del servicio de Obstetricia. Se evalúa con el cierre del CMBD del año 2024: 1 punto si la medición es inferior a 1 0,5 puntos si la medición es inferior a la medición de 2023 La puntuación máxima es 1 punto

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.2: OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	
INDICADOR 28A: PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DESDE URGENCIAS	
FÓRMULA:	**Porcentaje de episodios de urgencias con tipo de alta "hospitalización en propio centro"**
NUMERADOR:	Número de episodios de urgencias con tipo de alta "hospitalización en propio centro"
DENOMINADOR:	Número de episodios de urgencias con fecha de alta
FUENTE DE DATOS:	Historia Clínica Electrónica Hospitales
COMENTARIOS:	Se monitoriza mes a mes midiendo el acumulado de 2024. Se excluyen las urgencias gine-obstétricas y psiquiátricas.
META:	< 9%
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del año 2024: 0,5 puntos si la medición final es inferior a 9% 0,5 puntos si la medición final es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,5 puntos si la medición final es menor que la medición de 2023 La puntuación máxima es 1 punto
INDICADOR 28B: REATENCIONES EN URGENCIAS DESPUÉS DE EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN	
FÓRMULA:	**Porcentaje de episodios de urgencias con un ingreso previo en hospitalización en los últimos 30 días**
NUMERADOR:	Número de episodios de urgencias atendidos con ingreso previo en hospitalización en los últimos 30 días
DENOMINADOR:	Número de episodios de urgencias atendidos
FUENTE DE DATOS:	Historia Clínica Electrónica Hospitales
COMENTARIOS:	Se monitoriza mes a mes midiendo el acumulado de 2024. Para seleccionar los episodios a evaluar se tiene en cuenta la fecha de alta del episodios de urgencias. Para el cálculo de los 30 días se tiene en cuenta la fecha de alta del episodio previo de hospitalización y la fecha de ingreso del episodio de urgencias. Se excluyen las urgencias gine-obstétricas y psiquiátricas.
META:	< 4%
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del año 2024: 0,75 puntos si la medición final es inferior a 4% 0,75 puntos si la medición final es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,75 puntos si la medición final es menor que la medición de 2023 La puntuación máxima es 1 punto
INDICADOR 29: PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA ANTES DE LAS 13H	

Anonimizado [redacted]

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

FÓRMULA:	**Porcentaje de episodios de hospitalización con alta administrativa anterior a las 13,00**
NUMERADOR:	Número de episodios de hospitalización con alta administrativa entre las 7,00 y las 13,00
DENOMINADOR:	Número de episodios de hospitalización con fecha de alta
FUENTE DE DATOS:	CMBD
COMENTARIOS:	Se excluyen los episodios con tipo de alta Exitus, y los episodios con estancia 0 y tipo de alta Domicilio
META:	>30%
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del CMBD del año 2024: 2 puntos si la medición es superior al 30% 1 punto si la medición está entre el 20 y el 30% 1 punto si la medición es superior al valor del año 2023 La puntuación máxima es 2 puntos

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.4:POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES	
INDICADOR 30 :POTENCIACIÓN DE LAS DONACIONES	
INDICADOR 30A :DONANTES DE ÓRGANOS	
FÓRMULA:	Tasa donantes de órganos por 100.000 habitantes
NUMERADOR:	Número de donantes cadáver de órganos
DENOMINADOR:	Coeficiente de 100.000 habitantes
FUENTE DE DATOS:	Oficina regional de coordinación de trasplantes
COMENTARIOS:	En función de resultados de actividad de 2023
META:	Se establecen distintas metas según nivel de complejidad del hospital
EVALUACIÓN:	Si el centro alcanza más del 75% del indicador se aplica 50% del objetivo Si el centro alcanza el 100% del indicador se aplica el 100% del objetivo
INDICADOR 30B :DONANTES DE TEJIDOS	
FÓRMULA:	Tasa de donación de tejidos
NUMERADOR:	Número de donantes de tejidos
DENOMINADOR:	Número de donantes de órganos y tejidos
FUENTE DE DATOS:	Oficina regional de coordinación de trasplantes
COMENTARIOS:	Al menos el 70% de los donantes de órganos deberían ser donantes de Tejidos
META:	70%
EVALUACIÓN:	Si el centro alcanza menos del 50% se aplica 0 Si el centro alcanza mas del 50% se aplica el 50% del objetivo Si el centro alcanza el 70% se aplica el 100% del objetivo

INDICADOR 31: PORCENTAJE DE PACIENTES CON RIESGO SUICIDA VALORADO EN LA URGENCIA HOSPITALARIA (ARSUIC)	
FÓRMULA:	pacientes con riesgo suicida valorado en la urgencia hospitalaria (ARSUIC) con cita en CSM / Sº PSQ en los primeros 7 días tras la valoración
NUMERADOR:	Sumatorio de pacientes con riesgo suicida valorado en la urgencia hospitalaria (ARSUIC) en el periodo *100
DENOMINADOR:	Sumatorio de pacientes con cita en CSM-Sº PSQ en los primeros 7 días tras la valoración del riesgo
FUENTE DE DATOS:	Registro ARSUIC-SALUD MENTAL-SICYT
COMENTARIOS:	

Anonimizado [redacted]

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

META:	Tendencia ascendente
EVALUACIÓN:	Comparativa del porcentaje entre el periodo evaluado y el mismo periodo del año anterior en que se tengan registros

INDICADOR 32: DISPONIBILIDAD Y ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNA EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS (HOSPITALES CON EQUIPO)	
FÓRMULA:	**Nº primeras consultas con originadas en distintos servicios hospitalarios /Nº total de primeras consultas x 100 en el año**
NUMERADOR:	Número de primeras consultas en Consulta ext. de Cuidados Paliativos cuyo origen de la petición sean otros servicios hospitalarios.
DENOMINADOR:	Número Total de primeras consultas
FUENTE DE DATOS:	Sicyt. Registro propio.
COMENTARIOS:	Actualmente todos los hospitales que tienen equipos específicos de Cuidados Paliativos disponen de Consulta externa de CP. En estos hospitales es aplicable este indicador. En el numerador no se incluyen los pacientes citados por el propio equipo de cuidados paliativos tras la atención en otro dispositivo del hospital.
META:	El objetivo final es este indicador sea igual o mayor al 90%
EVALUACIÓN:	<80% no puntúa 80-90%: 80% de la puntuación 90-100% :100% puntuación

INDICADOR 32 SEGURIDAD EN LAS TRANSICIONES A UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS (HOSPITALES SIN EQUIPO)	
FÓRMULA:	**Nº formularios " Derivación Cuidados Paliativos Adulto" cumplimentados con el tratamiento actualizado /Nº total de formularios "Derivación Cuidados Paliativos Adulto" realizados en el año**
NUMERADOR:	**Nº Formularios "Derivación Cuidados Paliativos Adulto" cumplimentados en los que consta el tratamiento actualizado**

Anonimizado [redacted]

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

DENOMINADOR:	**Nº total de formularios "Derivación Cuidados Paliativos Adulto" realizados** para solicitud de ingreso en UCPME de pacientes ingresados en el hospital
FUENTE DE DATOS:	H Clínica Paliativa en la aplicación Infopal
COMENTARIOS:	Para realizar los ingresos en las Unidades de Cuidados Paliativos de los hospitales de Media Estancia es obligatorio cumplimentar y colgar en Infopal el formulario llamado "Derivación Cuidados Paliativos Adultos" que recoge la información necesaria para la transición del paciente entre equipos de Cuidados Paliativos. Dentro de los datos obligatorios se encuentra el tratamiento actualizado Este indicador se aplica a los siguientes hospitales: H. del Sureste, y H. del Tajo y H. del Henares, que actualmente no dispones de equipo específico de Cuidados Paliativos. Es muy importante que la cumplimentación sea completa para asegurar la continuidad del tratamiento y evitar riesgos en la seguridad del paciente por esta razón la meta debe ser elevada
META:	El total de los informes deben estar cumplimentados con el plan de tratamiento y cuidados actualizado en el momento de la solicitud
EVALUACIÓN:	<100% sin puntuación 100% :100% puntuación

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.5: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	
INDICADOR 33A: PORCENTAJE DE ECONSULTAS RESULTAS EN MENOS DE 72 HORAS	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de eConsultas resueltas en < de 72 horas
DENOMINADOR:	Total de eConsultas
FUENTE DE DATOS:	Unidad de Continuidad Asistencial
COMENTARIOS:	El indicador se evaluará mensualmente
META:	90%
EVALUACIÓN:	Se consigue la máxima puntuación con un cumplimento del 90%. Si cumplimento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado.
INDICADOR 33B: PORCENTAJE DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	1. Número de pacientes cuyo informe clínico de alta de hospitalización está disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 2. Nº de pacientes cuyo informe de cuidados enfermeros al alta de hospitalización está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 3. Nº de pacientes cuyo informe clínico de alta de urgencias está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100
DENOMINADOR:	1. Nº de pacientes dados de alta de hospitalización 2. Nº de pacientes dados de alta de hospitalización 3. Nº de pacientes dados de alta de urgencias
FUENTE DE DATOS:	CMBD Hospitales. Unidad de Continuidad Asistencial.
COMENTARIOS:	El indicador se evaluará mensualmente. Se contabilizan sólo los informes de pacientes dados de alta con destino a domicilio o centro socio-sanitario.
META:	90%
EVALUACIÓN:	En los hospitales que no disponen de Servicio de Urgencias, únicamente se evaluarán los numeradores y denominadores 1 y 2 (pacientes con informe clínico de alta de hospitalización y de cuidados enfermeros al alta).

Anonimizado [redacted]

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

	En caso de no alcanzar la meta, se valuará en función del porcentaje alcanzado.
INDICADOR 34A: % DE VPE VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número VPE valoradas en los 10 primeros días tras su solicitud.
DENOMINADOR:	Total de VPE solicitadas.
FUENTE DE DATOS:	Unidad de Continuidad Asistencial
COMENTARIOS:	El indicador se evaluará mensualmente. No se contabilizan las VPE a las que el CAP asigna una cita en menos de 15 días ni aquellas en las que consta una demora voluntaria en la atención solicitada por el usuario.
META:	90%
EVALUACIÓN:	Se consigue la máxima puntuación con un cumplimento del 90%. Si cumplimento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado.
INDICADOR 34B: % DE SM VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número SM valoradas en los 10 primeros días tras su solicitud.
DENOMINADOR:	Total de SM solicitadas.
FUENTE DE DATOS:	Unidad de Continuidad Asistencial
COMENTARIOS:	El indicador se evaluará mensualmente. No se contabilizan las SM a las que el CAP asigna una cita en menos de 15 días ni aquellas en las que consta una demora voluntaria en la atención solicitada por el usuario.
META:	90%
EVALUACIÓN:	Se consigue la máxima puntuación con un cumplimento del 90%. Si cumplimento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado.

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO: 3.6 MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	
INDICADOR 35: POTENCIAR EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO DE PERSONAS MAYORES	
FÓRMULA:	% de pacientes ≥ 70 años con un cribado de delirium durante las primeras 72 horas de ingreso hospitalario .
NUMERADOR:	Nº de pacientes ≥ 70 años con una valoración del delirium con la escala CAM o 4AT durante las primeras 72 horas del ingreso.
DENOMINADOR:	Nº de Pacientes ≥ 70 años ingresados.
FUENTE DE DATOS:	Acción 1: Auto declarado por el centro sanitario Acción 2: Sistemas de información-Historia Clínica
COMENTARIOS:	Acción 1: Elaboración e implantación de un protocolo sobre prevención, detección e intervención del delirium en pacientes mayores de 70 años ingresados o revisión del protocolo existente implantado. Acción 2: Mejoría en la valoración del riesgo de delirium tras el ingreso hospitalario de los pacientes ≥ 70 años con la escala *Confusion Assessment Method* (CAM) o la escala 4AT.
META:	Acción 1: Elaboración e implantación de un protocolo o revisión del previo Acción 2: ≥ 50 % pacientes ≥70 años ingresados con cribado de delirium en las primeras 72 horas desde su ingreso.
EVALUACIÓN:	Cumplimiento de la acción 1: 50%. Si no se cumple: 0% Cumplimiento de la acción 2: total 50% y parcial de manera decreciente en proporción al porcentaje.

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.7: MEJORAR LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE MAYOR /INSTITUCIONALIZADO ATENDIDO EN URGENCIAS	
INDICADOR 36: POTENCIAR LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	
FÓRMULA:	% de pacientes ≥ 70 años con una valoración del delirium con la escala 4AT realizada en el Servicio de Urgencias.
NUMERADOR:	Nº de pacientes ≥ 70 años con una valoración con la escala 4AT en el Servicio de Urgencias.
DENOMINADOR:	Nº de pacientes ≥ 70 años atendidos por el servicio de urgencias en el periodo evaluado.
FUENTE DE DATOS:	Acción 1: Auto declarado por el centro sanitario Acción 2: Sistemas de información-Historia Clínica
COMENTARIOS:	Acción 1: Elaboración de un protocolo sobre prevención, detección e intervención del delirium en pacientes mayores de 70 años en el servicio de Urgencias o revisión del protocolo existente implantado. Acción 2: Mejoría en la valoración del riesgo de delirium en el servicio de urgencias de los pacientes ≥ 70 años con la escala 4AT.
META:	Acción 1: Elaboración o revisión (en caso de existir protocolo previo) del protocolo. Acción 2: ≥ 50 % pacientes ≥70 años en el servicio de urgencias valorados con escala 4AT.
EVALUACIÓN:	Cumplimiento de la acción 1: 50%. Si no se cumple: 0% Cumplimiento de la acción 2: total 50 y parcial de manera decreciente en proporción al porcentaje.
INDICADOR 37: PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS REEVALUADOS EN URGENCIAS DURANTE LAS 72 HORAS POSTERIORES AL ALTA DE DICHO SERVICIO	
FÓRMULA:	**% de pacientes institucionalizados atendidos en urgencias durante las 72 horas posteriores al alta de dicho servicio**
NUMERADOR:	Nº de pacientes mayores institucionalizados atendidos en urgencias durante las 72 horas posteriores al alta de dicho servicio
DENOMINADOR:	Nº total de pacientes mayores institucionalizados valorados en urgencias
FUENTE DE DATOS:	Acción 1 y 2: Auto declarado por el centro sanitario Acción 3: Herramienta de gestión y planificación sanitaria del SERMAS

Anonimizado [redacted]

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

COMENTARIOS:	Acción 1: Analizar los circuitos existentes de coordinación de alta de urgencias de pacientes mayores institucionalizados y profesionales implicados (urgencias, geriatría de enlace, continuidad asistencial, farmacia hospitalaria, residencias y atención primaria). Acción 2: Implementar un protocolo de coordinación de alta de urgencias de pacientes mayores institucionalizados por los profesionales hospitalarios implicados que incluya al menos las siguientes medidas: descripción de contenidos mínimos de informe de alta de urgencias comunicación del alta a los profesionales de la residencia actualización y conciliación del tratamiento al alta en el módulo único de prescripción planificación del seguimiento del paciente incluyendo pruebas pendientes y revisiones posteriores Acción 3: Mejorar la tasa de retorno a urgencias del paciente mayor institucionalizado durante las 72 horas posteriores al alta de dicho servicio.
META:	Acción 1 y 2: Realización de un análisis de los circuitos existentes de coordinación de alta de urgencias de pacientes mayores institucionalizados y elaboración de un protocolo específico. Acción 3: Descenso de la de la tasa de retorno a urgencias durante las 72 horas respecto al dato del 2023.
EVALUACIÓN:	Cumplimento de la acción 1 y 2: 50%. Si no se cumple: 0% Cumplimiento de la acción 3: 50%. Si no se cumple: 0%

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.8: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS	
INDICADOR 38: INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de pacientes con ILQ órgano espacio por el procedimiento vigilado *100
DENOMINADOR:	Pacientes intervenidos de ese procedimiento en el periodo
FUENTE DE DATOS:	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS:	*Prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía de colon, y para aquellos hospitales con cirugía cardiaca el bypass aortocoronario con doble incisión y bypass aortocoronario con sólo incisión torácica Solo en caso que el número de intervenciones realizadas del procedimiento sea igual o superior a 50
META:	**Tendencia descendente**
EVALUACIÓN:	
INDICADOR 39: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº total de casos nuevos de infección por SARM en el periodo de estudio *100
DENOMINADOR:	Nº de pacientes ingresados
FUENTE DE DATOS:	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS:	
META:	**Tendencia descendente**
EVALUACIÓN:	

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.9: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	
INDICADOR 40: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial Y Seguridad del Paciente(SGCASP). Acción 3: CISEMadrid.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y responsables de seguridad de la unidad y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Áreas prioritarias: diagnóstico por la imagen, UCI, bloque quirúrgico y urgencias. Resto a elección. Acción 2: Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente. Prioritarios son: 1. -Desarrollo de 4 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (al menos una para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias). 2. - Realizar un mapa de riesgo en un área crítica seleccionada por la gerencia 3. –Incluir actuaciones para la formación básica (10-20 horas) en seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y de más de 20 horas para referentes de seguridad (sin formación) en unidades, servicios o centros. Acción 3: Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).
META	Acción 1: Grupo 3: 8 rondas; Grupos 1 y 2: 7 rondas. Media estancia; Apoyo y Psq: 5 rondas. Incluyendo las áreas prioritarias.

[redacted]

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

	Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios. Acción 3: >= 70% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados: • Grupo 1: 175 • Grupo 2: 250 • Grupo 3: 300 • Media estancia; Apoyo y Psq: 100
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

INDICADOR 41: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (4).
FUENTE DE DATOS	Acción 1: ENVIN-HELICS. Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1. Consolidación de los proyectos Zero. • Bacteriemia Zero (BZ): disminuir densidad de incidencia de bacteriemia primaria por 1.000 días de catéter vascular central; • Neumonía Zero (NZ): disminuir densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1.000 días de ventilación mecánica; • ITU-Zero: disminuir densidad de incidencia de ITU relacionada con sonda uretral por 1.000 días de sonda uretral; • Resistencia Zero: disminuir pacientes con bacterias multirresistentes (BMR) durante el ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados. De aplicación en las UCI de adultos en periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio). *(En los centros que realicen vigilancia anual se tendrán en cuenta esas tasas)* Los residentes que pertenezcan a las UCIS o roten por las mismas deben haber recibido formación específica en proyectos Zero. Acción 2. Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención>95%).

Anonimizado [redacted]

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

	Acción 3. Implantación en todas las Unidades o servicios quirúrgicos donde puedan resultar de aplicación de las 3 medidas obligatorias del proyecto infección quirúrgica ZERO. (extender al resto de servicios quirúrgicos además de los 5 obligatorios). Acción 4. Implantación del listado de verificación quirúrgica. Pacientes quirúrgicos que en su historia clínica tengan cumplimentado el listado de verificación quirúrgica para la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico. Se evaluará a través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas.
META	Acción 1: - BZ ≤ 2,5; - NZ ≤ 6; - BMR ≤ 5; - ITU_Zero ≤ 2,7 - Formación: 85% de los residentes que pertenezcan o roten por las UCIS. Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas. Acción 3: >=95% Acción 4: >=95%
INDICADOR 42: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para la mejora de atención al dolor que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (2).
FUENTE DE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor al menos una vez al día, mediante escalas de valoración. Acción 2: Desarrollo de al menos 5 líneas de actuación en los Comités de atención al dolor, siendo prioritaritas: 1. Promover la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo en el abordaje del dolor y/o Comités de Atención al Dolor. 2. Revisar y difundir la Biblioteca breve de atención al dolor, incluyendo referencias y recursos del centro.

Anonimizado [redacted]

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

	3. Desarrollar al menos 1 actuación conjunta con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) 4. Desarrollar actuaciones de coordinación para la mejora de Atención al Dolor con Atención Primaria
META	Acción 1: >=90%. Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 3.10: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	
INDICADOR 43: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar la gestión de la calidad que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Desplegar 2 planes de mejora derivados de la última autoevaluación y Realizar la planificación para iniciar el siguiente ciclo de autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Tener implantado Sistema de Gestión Ambiental (SGA) o certificado UNE EN ISO 14001:2015; Realizar la medición de la huella de carbono en el hospital, abordando al menos los alcances 1 y 2: • Alcance 1: emisiones emanadas directamente de establecimientos de salud • Alcance 2: emisiones indirectas provenientes de fuentes de energía comprada, electricidad, vapor, refrigeración y calefacción) Y, realizar una acción de mejora en descarbonización en relación con la medición de la huella de carbono en dichos alcances. Acción 3: Desarrollar 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación cuestionario 2023 de Responsabilidad Social (RS) y Cumplimentar el cuestionario 2024 RS
META	Acción 1: Realizar la planificación para la autoevaluación con el modelo EFQM (50%) y desplegar 2 acciones de mejora (50%) Acción 2: Tener implantado el SGA (70%); medición de la huella de carbono en el hospital (20%) y una acción de mejora en descarbonización (10%) Acción 3: Cumplimentar cuestionario 2024 RS (50%) y desarrollo de 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación del cuestionario 2023 (50%)
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

Anonimizado [redacted]

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

4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

OBJETIVO 4.1: PROMOVER LA GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN DATOS E INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD	
INDICADOR 44: PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	
FÓRMULA:	**Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud**
NUMERADOR:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
DENOMINADOR:	No aplica
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado en informe de evidencias
COMENTARIOS:	Los datos en salud son una de las herramientas más potentes de las que disponen los Sistemas de Salud para mejorar en la Gestión y en la Calidad de los servicios se proporcionan a los pacientes. Se pueden utilizar tanto los aplicativos que el SERMAS pone a disposición de los hospitales para tal fin, como los propios desarrollados por cada hospital. Se debe enviar un informe a la Dirección General Asistencial donde se especifique para cada proyecto: - Análisis realizado de resultados en Salud. - Áreas de mjora detectadas en el análisis. - Desarrollo del proyecto puesto en marcha a partir de las áreas de mejora detectadas. - Evaluación de resultados del proyecto.
META:	>= 2 proyectos
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del año 2024: 1 punto por cada proyecto desarrollado. Puntuación máxima 2 puntos.

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 4.2 ACTUALIZACION CÓDIGOS ASISTENCIALES	
INDICADOR 45: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CÓDIGOS ASITENCIALES	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Adecuacion a las necesidades de registros de los códigos asistenciales: ICTUS, INFARTO, CRISIS GRAVE, TEP
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Registros disponibles coordinación de códigos
COMENTARIOS:	Se potenciará el uso de los regoistros normalizados desde la coordinación de los códigos, pudiendo sufrir cambios a lo largo del periodo de evaluación
META:	SI/NO
EVALUACIÓN:	Se evaluara la adaptación continua de los centros a los registros disponibles.

Anonimizado

[redacted]

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

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 46: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2024 (GESTIONADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN) DEL CENTRO	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro.
DENOMINADOR:	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro.
FUENTE DE DATOS:	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
COMENTARIOS:	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación.
META:	**≥ 95%**
EVALUACIÓN:	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)
INDICADOR 47: 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 2024 (APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN) DEL CENTRO HOSPITALARIO	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro Hospitalario.
DENOMINADOR:	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro Hospitalario /Gerencia Asistencial de Atención Primaria /Gerencia Asistencial
FUENTE DE DATOS:	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG

Anonimizado [redacted]

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

	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)

Anonimizado [redacted]

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

OBJETIVO 4.6: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	
INDICADOR 48: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº absoluto de proyectos activos durante 2024
DENOMINADOR:	Nº de PSFU en 2024 / 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 2023**
EVALUACIÓN:	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. •Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación •Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación •Con un valor inferior al 50% del indicador en 2023 se asignará un 25% de la puntuación
INDICADOR 49: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	
FÓRMULA:	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos activos en 2024
NUMERADOR:	
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	DG de Investigación, Docencia y Documentación

Anonimizado [redacted]

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

	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 funcionarial, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan: (a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien (b) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado, gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma. Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria. El indicador se corresponde con el denominado "Investigadores con participación en proyectos" del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS.
META:	**Igual o mayor al 90% del valor del indicador en 2023**
EVALUACIÓN:	• El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. • Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación. • Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación. • Con un valor inferior al 50% del indicador en 2023 se asignará un 25% de la puntuación.

Anonimizado [redacted]

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

ANEXO II

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

- Total de efectivos

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

- Plantillas Orgánicas

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

- Equipación

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

Anonimizado [redacted]

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