



Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



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

**24 de febrero de 2023**

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>II.MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>III. MARCO ESTRATÉGICO .....</b>	<b>4</b>
<b>IV. CONDICIONES GENERALES.....</b>	<b>6</b>
<b>V. OBJETIVOS E INDICADORES .....</b>	<b>12</b>
<b>ANEXO – FICHAS DE INDICADORES .....</b>	<b>13</b>
<b>1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS .....</b>	<b>21</b>
<b>3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS.....</b>	<b>31</b>
<b>4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN .....</b>	<b>45</b>
<b>VI. RR.HH.....</b>	<b>52</b>
<b>VII. CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO.....</b>	<b>53</b>

## I. INTRODUCCIÓN

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

Mediante el C.P. se establece un compromiso en la gestión de los centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid con el fin de alcanzar unos objetivos anuales priorizados, que estén alineados con el marco estratégico del Servicio Madrileño de Salud y las principales líneas de actuación en política sanitaria que determina la Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

## II. MARCO NORMATIVO

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

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

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

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

### III. MARCO ESTRATÉGICO

El Marco Estratégico del Servicio Madrileño de Salud fue aprobado en Comisión de Dirección en diciembre de 2020, y posteriormente, ratificado en octubre de 2021. En él, se recogen las líneas estratégicas a desarrollar en los próximos años, agrupadas en las grandes áreas de actuación (perspectivas) que se definen en el Cuadro de Mando Integral, y que, según una lógica causa-efecto, impulsan a una organización, en este caso, al Servicio Madrileño de Salud:

#### PERSPECTIVA MISIÓN:

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

#### PERSPECTIVA RESULTADO FINANCIERO:

- Garantizar una financiación sostenible y adecuada para atender la evolución de las demandas y necesidades.
- Impulsar criterios de eficiencia en la organización de la atención sanitaria y distribución de los recursos.
- Potenciar la participación público-privada para la definición de proyectos en busca de financiación.
- Proponer fórmulas de riesgo compartido y compra pública innovadora en adquisición de tecnología sanitaria y prestación farmacéutica.

## PERSPECTIVA RESULTADO CLIENTES:

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

## PERSPECTIVA PROCESOS:

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

## PERSPECTIVA INNOVACIÓN, FORMACIÓN Y APRENDIZAJE:

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

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

Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos.

Perspectiva de Orientación a las Personas.

Perspectiva de Mejora de Procesos.

Perspectiva de Innovación, Investigación y Formación.

## IV. CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2023-2024 son los orientados conforme al marco estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, facilitando la libre elección de los ciudadanos de hospital y especialista. Así como, validar e implantar nuevos recursos, procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios, mediante una organización hospitalaria integrada en red, facilitando una ágil ordenación asistencial y con la máxima participación de los profesionales, mediante el impulso de acuerdos clínicos y posibles rediseños organizativos.

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

En la Ley de Presupuestos para el ejercicio 2022 se establecieron como elementos fundamentales de actuación en el ámbito hospitalario los siguientes objetivos:

- Facilitar respuesta ágil y profesional a las expectativas de los ciudadanos.
- Buscar la participación activa de los pacientes para lograr un mejor autocuidado de su salud.

- Responder asistencialmente a la cronicidad de las enfermedades.
- Incorporar de forma eficiente las nuevas tecnologías diagnósticas.
- Mantener a los profesionales capacitados y motivados (gestión de competencias).

En virtud de lo señalado, el presente Contrato Programa 2023 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Hospital Universitario Infanta Cristina y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

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

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

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

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

El centro dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, de acuerdo con el detalle que aparece en el apartado VII y que será ofertada a todos los ciudadanos que constituyen su población asignada, determinada conforme a los siguientes parámetros:

<b>POBLACIÓN TOTAL (TSI)</b>				
<b>173.966</b>				
<b>Distribución población TSI según tramos etarios</b>				
<b>0-2 años</b>	<b>3-15 años</b>	<b>16-64 años</b>	<b>65-79 años</b>	<b>&gt;80 años</b>
3.581	30.012	117.038	18.631	4.704

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

1. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Hospital Universitario Infanta Cristina los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del centro,.

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

<b>Capítulo I</b>	<b>Gastos de Personal</b>	<b>50.401.401 €</b> □
	<b>Formación de Personal Sanitario</b>	<b>958.214€</b> □
<b>Capítulo II</b>	<b>Bienes Corrientes y de Servicios</b>	<b>25.535.612€</b> □

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

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2023 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha.

Esta cifra de efectivos no podrá superarse a lo largo del ejercicio, salvo durante el plazo de vigencia de las contrataciones realizadas para nuevas actuaciones especiales, que deberán ser expresamente autorizadas. 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 Universitario Infanta Cristina 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 Universitario Infanta Cristina los recursos humanos y los medios estructurales conforme al detalle que de unos y otros figuran en el apartado VII del presente Contrato Programa.

Las necesidades de inversión en bienes de equipo y de capital (Capítulo VI) que surjan a lo largo del año serán puestas de manifiesto, mediante el procedimiento reglamentado por la Dirección del Hospital Universitario Infanta Cristina ante la Dirección General de Infraestructuras Sanitarias y serán aprobadas por el Servicio Madrileño de Salud en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

2. La actividad extraordinaria que desarrolle el Hospital Universitario Infanta Cristina 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 **527.244€**.

El importe a financiar vendrá determinado por la incidencia que la actividad adicional haya tenido en las partidas correspondientes de gastos de personal, bienes y servicios, con respecto a los inicialmente previstos, debiendo quedar debidamente acreditada.

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

Así mismo, mensualmente remitirá a la Dirección General del Proceso Integrado De Salud la actividad realizada conforme a dichos créditos en el modelo normalizado establecido a tal efecto.

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

**Facturación a Terceros:** 465.011€



Se establece el compromiso mutuo de ambas partes de facilitar los medios posibles para hacer efectiva la evaluación del resultado de consecución de los objetivos que se incluyen en el presente contrato, así como de los objetivos incluidos en los acuerdos de gestión de las unidades y los individuales que se establezcan.

Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid a 01 de marzo de 2023.

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

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

D. Pedro Irigoyen Barja

D. Fernando Prados Roa

Director/a Gerente del Hospital  
Universitario Infanta Cristina

D. Carlos Mingo Rodríguez

## V. OBJETIVOS E INDICADORES

PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN		INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1. SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS: 35/100	1.1. Cumplir la asignación presupuestaria del Cap. I	DGRRHH	1	Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. I.	14
	1.2. Mejorar de la gestión de RRHH	DGRRHH	2	Remisión de los distintos informes a RRHH, en tiempo y forma, debidamente cumplimentados	2
		DGRRHH	3	Tasa de interinidad [Porcentaje]	1
	1.3. Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II	DGEFF	4	Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. II	9
		DGEFF	5	Cumplimiento del objetivo de facturación prevista para el centro	1
	1.4. Incrementar los registros SIFCO en la aplicación SIFCO WEB	DGPIS	6	Optimización y calidad de registro SIFCO	1
	1.5. Mejorar la eficiencia en medicamentos de alto impacto	DGEFF	7	Coste del tratamiento de patologías de alto impacto/ Coste del tratamiento de patologías oncológicas	2,5
		DGEFF	8	% de pacientes con biosimilares de alto impacto	1,5
	1.6. Adecuar y modular la correcta documentación clínica de la actividad realizada	DGEFF	9	Optimización del tratamiento antibiótico (PROA) y seguridad en receta	1
		DGASS	10	Relación de registros ajustados facturables	1
		DGASS	11	Relación de informes clínicos disponibles digitalmente en la plataforma HORUS	1
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS Ponderación: 25/100	2.1. Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	DGHAP	12	% de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	3
		DGHAP	13	% de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	1
	2.2. Mejorar la atención y la autonomía del paciente	DGHAP	14	% de acciones desarrolladas de bioética asistencial	2
		DGHAP	15	% de acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones	2
	2.3. Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria	DGHAP	16	% de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	3
		DGHAP	17	Implementación de un sistema de difusión de actividades y recursos on line de EMS a los ciudadanos	1
	2.4. Facilitar los tiempos de espera para consultas hospitalarias, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas	DGPIS	18	Demora media estructural <45 días: - Lista de Espera Quirúrgica - Lista de Espera Primera Consulta - Lista de Espera Técnica Diagnóstica (primera prueba).	6
			19	Pacientes quirúrgicos diána de lista de espera estructural sin operar.	3
			20	Tendencia descendente en los cortes mensuales del número de pacientes de más de 90 días en LEC y LE	3
	2.5. Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes	DGSP	21	Cobertura de vacunación de gripe de personal sanitario	1
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS Ponderación: 28/100	3.1. Mejorar la eficiencia y los cuidados en los procesos de hospitalización	DGPIS	22	IEMA ( Índice de Estancia Media Ajustada)	2
		DGPIS	23	% de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	1
		DGPIS	24	Potenciar liderazgo enfermero	1
		DGPIS	25	Sintético de línea estratégica "ambulatorización/hospitalización en domicilio" -% de uso de la teleasistencia en las consultas sucesivas/resultados. -Índice interanual de procesos o procedimientos de la cartera de servicios de atención domiciliaria	2
	3.3. Optimizar la atención de los servicios de urgencias hospitalarias	DGPIS	26	% de pacientes con alta administrativa antes de las 13:00 h	2
		DGPIS	27	Tasa de donantes de órganos y tasa de donación de tejidos	1
	3.5. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales	DGPIS	28	Porcentaje de pacientes cuyos informe clínicos de alta están disponibles en HORUS en las 24 horas posteriores al alta	1
		DGPIS	29	% de e-consulta resuelto en menos de 72 h	2
	3.6. Mejorar la atención a las personas mayores, sobre todo a los frágiles, que acuden a los servicios de urgencias.	DGCSS	30	Accreditación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias con el Nivel Bronce de la GEDA	2
	3.7. Mejora de la calidad asistencial en los pacientes con fractura de cadera participando en el Registro Nacional de Fractura de cadera	DGCSS	31	Indicador sintético fractura de cadera -Pacientes intervenidos quirúrgicamente en las primeras 48 horas -Pacientes movilizados el primer día postoperatorio - Pacientes que generan deterioro cutáneo grado I	2
3.8. Reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y resistencias antimicrobianas	DGSP	32	Incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica órgano espacio de los procedimientos de vigilancia obligatoria	1,5	
	DGSP	33	Vigilancia staphylococcus aureus resistente a la meticilina en hospitales (SARM)	1,5	
3.9. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente	DGHAP	34	% de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	2	
	DGHAP	35	% de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	3	
	DGHAP	36	% de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	1	
3.10. Consolidar la gestión de la calidad	DGHAP	37	% de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	3	
PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN. Ponderación: 12/100.	4.1. Garantizar la seguridad en el acceso a los sistemas de información y a los datos	DGSISD	38	% de usuarios existentes en el Directorio Activo del centro con contrato vigente	1,5
	4.2. Mejorar el nivel de seguridad en el uso de los sistemas de información	DGSISD	39	Probabilidad e impacto de las posibles amenazas y vulnerabilidades de seguridad de carácter físico, lógico o ambientales en los sistemas	1,5
	4.3. Impulsar las tecnologías de la información en salud en línea con los objetivos estratégicos del SERMAS	DGSISD	40	Grado de impulso de iniciativas en materia TIC en línea con los objetivos estratégicos del SERMAS marcados por la DGSISD	1
	4.4. Impulsar la realización de actividades de formación continuada y potenciar el desarrollo de actividades en formato virtual dirigidas a los profesionales	DGIDD	41	% 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 centro	2
		DGIDD	42	% de actividades formativas desarrolladas en formato no presencial [aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas], respecto al total de actividades desarrolladas dentro del Plan de Formación Continuada 2023, aprobado por la DG de Investigación Docencia y Documentación, en el centro	2
4.5. Potenciar la participación en proyectos de investigación	DGIDD	43	NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	2	
	DGIDD	44	NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	2	

## ANEXO – FICHAS DE INDICADORES

### 1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

<b>OBJETIVO 1.1: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAPÍTULO I</b>	
<b>INDICADOR 1: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO I</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto computable en CAP. I a efectos del Contrato Programa 2023
<b>DENOMINADOR:</b>	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2023
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
<b>COMENTARIOS:</b>	A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: gasto por Covid-19, gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el Contrato Programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc...
<b>META:</b>	<b>Resultado igual o inferior a 1 (100 %)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales asignando una puntuación del 100 % del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100 %.</p> <p>Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100 %.</p> <p>Para calcular el límite del resultado con el que se alcance una evaluación positiva se utilizará la media de cumplimiento de este objetivo por el conjunto de los centros.</p>

## OBJETIVO 1.2: MEJORAR LA GESTIÓN DE RR.HH.

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

<b>FÓRMULA:</b>	Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><u>ACCIÓN 1:</u> Cumplimentar correctamente las fichas FGPM y fichas COVID-19 y remitir la información antes del día 28 de cada mes.</p> <p><u>ACCIÓN 2:</u> Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes.</p> <p><u>ACCIÓN 3:</u> Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p><u>ACCIÓN 4:</u> Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>Se valorará la calidad de la información remitida. Así mismo, se tendrá en consideración para la evaluación, la solicitud en tiempo y de forma expresa, de la demora en la entrega por parte del centro por circunstancias excepcionales.</p>
<b>META:</b>	<b>100%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Para cada una de las acciones será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo.</li> <li>- Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.</li> </ul>
<b>INDICADOR 3: TASA DE INTERINIDAD (Porcentaje)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	$\text{Número de interinos nombrados} / \text{número de interinos autorizados} * 100$
<b>NUMERADOR:</b>	Número de interinos nombrados
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de interinos autorizados
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>COMENTARIOS:</b>	El plazo para realizar el nombramiento será de tres meses desde la fecha de su autorización.
<b>META:</b>	<b>Mayor o igual que el 95 %</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor o igual que el 95 % = 2 puntos.</li> <li>• Valoración regresiva desde 95 % hasta 50 %.</li> <li>• Por debajo o igual al 50 % = 0 puntos.</li> </ul>

### OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II

#### INDICADOR 4: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO II

<b>FÓRMULA:</b>	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del Capítulo II
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto realizado en Capítulo II a efectos del Contrato Programa 2023
<b>DENOMINADOR:</b>	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo II asignado en Contrato Programa 2023
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
<b>COMENTARIOS:</b>	El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2023 y previa aprobación de la Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
<b>META:</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	1 o menos = cumplimiento 100% Valoración regresiva desde más de 1 hasta 1,02 Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.

#### INDICADOR 5: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Facturación a terceros realizada en 2023
<b>DENOMINADOR:</b>	Facturación a terceros esperada para 2023
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
<b>COMENTARIOS:</b>	
<b>META:</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0

**OBJETIVO 1.4: INCREMENTAR LOS REGISTRO SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB (SINTÉTICO)**

**INDICADOR 6: OPTIMIZACION REGISTRO**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Total pacientes atendidos en Urgencias de otras CCAA, que posterior al alta han tenido consulta prueba o ingreso y se han registrado en SIFCO
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de pacientes atendidos en urgencias de otras CCAA que posterior al alta han tenido prueba o ingreso
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<b>La oficial del Centro</b>
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>En principio, este año al no tener referencia se considerará un indicador descriptivo.</p> <p>Se incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Número total de urgencias atendidas de otras CCAA</li> <li>– Porcentaje de urgencias atendidas de otras CCAA con respecto al total de urgencias del Hospital</li> <li>– Número de pacientes atendidos en urgencias de otras CCAA que posterior al alta de urgencias han tenido una consulta, prueba o ingreso</li> </ul>
<b>META:</b>	Notificación en los 15 primeros de enero 2024
<b>EVALUACIÓN:</b>	Deberán constar todos los datos recogidos en las observaciones.

## OBJETIVO 1.5: MEJORA LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO

### INDICADOR 7: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA) y COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO

#### INDICADOR 7A: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA)

**FÓRMULA:**

**NUMERADOR:** Coste acumulado de principios activos de alto impacto en pacientes externos

**DENOMINADOR:** Paciente dispensado medio con patología de alto impacto

**FUENTE DE DATOS:** Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)

**COMENTARIOS:** Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2023 (Peso porcentual 2)

**META:** **Tendencia favorable: descendente**

**EVALUACIÓN:** Trimestral  
*(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2023)*

#### INDICADOR 7B: COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO

**FÓRMULA:**

**NUMERADOR:** Coste acumulado de los tratamientos con fármacos oncológicos en Cáncer de Mama y Cáncer de Ovario

**DENOMINADOR:** Paciente dispensado medio con esta patología

**FUENTE DE DATOS:** Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)

**COMENTARIOS:** Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2023v (Peso porcentual 0.5)

**META:** **Tendencia favorable: descendente**

**EVALUACIÓN:** Trimestral  
*(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2023)*

#### INDICADOR 8: PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON BIOSIMILARES DE ALTO IMPACTO

**FÓRMULA:**

**NUMERADOR:** Número de pacientes totales en tto. con Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv y Ranibizumab biosimilar

**DENOMINADOR:** Número total de pacientes en tto. con Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv y Ranibizumab biosimilar (biosimilar + no biosimilar)

<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2023
<b>META:</b>	<b>Tendencia favorable: ascendente</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral  <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2023)</i>
<b>INDICADOR 9: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) Y SEGURIDAD EN RECETA</b>	
<b>INDICADOR 9A: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	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.
<b>DENOMINADOR:</b>	Indicador para promover el desarrollo y certificación de las actividades de los PROA en el ámbito hospitalario.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registro Específico a través de un Formulario online.
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2023 ( Peso porcentual 0.5)
<b>META:</b>	<b>100%</b>  <i>Se justificará y ponderará según las actividades indicadas y desarrolladas en el Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2023.</i>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Anual  <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2023)</i>
<b>INDICADOR 9B: SEGURIDAD EN RECETA</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<u>Acción 1:</u> Porcentaje de pacientes $\geq 65$ años con dosis altas de citalopram y escitalopram  <u>Acción 2:</u> Porcentaje de pacientes $\geq 74$ años en tratamiento crónico de AAS a dosis de más de 150 mg.  <u>Acción 3:</u> Porcentaje de pacientes $\geq 74$ años con dispensaciones de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) respecto a los que tienen cualquier medicamento.  <u>Acción 4:</u> Porcentaje de pacientes $\geq 74$ años con AINE crónico.  <u>Acción 5:</u> Porcentaje de pacientes con prescripción de combinaciones de medicamentos inapropiadas.

<b>DENOMINADOR:</b>	<p><u>Acciones 1-4:</u> indicadores de continuidad asistencial para fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos en pacientes mayores.</p> <p><u>Acción 5:</u> indicadores de continuidad asistencial para fomentar la seguridad de los tratamientos evitando la prescripción de combinaciones inapropiadas.</p>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid)
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2023( Peso porcentual 0.5)
<b>META:</b>	<b>Tendencia favorable: descendente</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2023)</i>

## OBJETIVO 1.6: ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

### INDICADOR 10: RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de registros ajustados facturables
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de registros declarados
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Auditoría de la Actividad
<b>COMENTARIOS :</b>	Adecuar la correcta documentación de la información clínica que evidencie (de forma ajustada al Manual de Facturación Intercentros_MFI) la actividad clínica asistencial realizada a los pacientes de los hospitales de gestión directa para poder realizar un cálculo del Balance Intercentros lo más preciso posible
<b>META:</b>	<b>Menor o igual a la media de grupo de Hospitales</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si se alcanza la meta.

### INDICADOR 11: RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de informes clínicos digitales válidos (conforme al MFI) disponibles en HORUS
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de registros de actividad clínica declarada
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	HORUS
<b>COMENTARIOS :</b>	
<b>META:</b>	<b>Menor o igual a la media de grupo de Hospitales</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si se alcanza la meta,

## 2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

<b>OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL</b>	
<b>INDICADOR 12: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones de calidad percibida que alcanzan la meta establecida
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<p>Acción 1. Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2023.</p> <p>Acción 2 y 3. Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA).</p>
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Satisfacción global con la atención recibida en 2023. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados).</p> <p>Acción 2: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2022. 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 <math>\geq 95\%</math>.</p> <p>Acción 3: Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son:</p> <p>Grupo 1 y 2; Apoyo; Media Estancia y Psiquiatría: Mapa de experiencia del paciente en el segmento que el centro priorice en relación a sus resultados en encuesta 2022 y promover la participación de los pacientes en los comités.</p> <p>Grupo 3: Además de las anteriores realizar entrevista semiestructurada a pacientes clave, para conocer la opinión de pacientes y/o familiares.</p>
<b>META:</b>	<p>Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o <math>\geq 90\%</math>.</p> <p>Acción 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos 1, 2 y 3: 5 acciones de mejora derivadas encuesta 2022.</li> <li>• Apoyo: 3 acciones de mejora derivadas encuesta 2022.</li> <li>• Media estancia y Psiquiatría: 2 acciones de mejora derivadas encuesta 2022.</li> </ul> <p>Acción 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 2 prioritarias.</li> <li>• Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 3 prioritarias.</li> <li>• Apoyo; Media estancia y Psiquiatría: 3 líneas incluyendo las prioritarias.</li> </ul>

<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
<b>INDICADOR 13: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones para mejorar los resultados clave de la organización que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Acción 1: Observatorio de Resultados. Acción 2 y 3: Autodeclarado y validado por la SGCA.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Acciones propuestas:</p> <p>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 <math>\leq 1</math>; y en indicadores no ajustados P65 del grupo.</p> <p>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).</p> <p>Acción 3. Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio.</p>
<b>META:</b>	<p>Acción 1: <math>\geq 90\%</math> de los indicadores.</p> <p>Acción 2: Informe de revisión con las acciones de mejora en todos los indicadores que no alcancen el estándar.</p> <p>Acción 3: Identificación y propuesta de una buena práctica.</p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

## OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

### INDICADOR 14: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL

<b>FÓRMULA:</b>	Nº de acciones que alcanzan la meta establecida (Acción 1x0,6 +Acción 2x0,4) * 100
<b>NUMERADOR:</b>	Las 2 fórmulas van en comentarios
<b>DENOMINADOR:</b>	Las 2 fórmulas van en comentarios
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<b>Acción 1:</b> Aplicación ARETEO y DG Sistemas de Información <b>Acción 2:</b> Auto declarado por el Centro Sanitario
<b>COMENTARIOS:</b>	<b>Acciones propuestas:</b>  <b>Acción 1:</b> Porcentaje de solicitudes de inscripción de Instrucciones Previas (IIPP) presentadas en el centro sanitario e inscritas en el Registro de IIPP de la Consejería de Sanidad. El nº de IIPP otorgadas en un centro sanitario debe coincidir con las registradas (el motivo de no coincidencia es por errores en cumplimentación que imposibilitan su inscripción en el Registro autonómico).  Nº de IIPP registradas/ Nº de IIPP tramitadas X 100  <b>Acción 2:</b> Porcentaje de conflictos éticos en los que se ha deliberado y emitido resolución por el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) respecto al número de consultas solicitadas.  Nº de recomendaciones del CEAS emitidas/Nº de consultas solicitadas al CEAS x 100
<b>META:</b>	Acción 1: >80% Acción 2: > 80%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. (60% Acción 1+40% Acción 2).

### INDICADOR 15: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Subdirección General de Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
<b>COMENTARIOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Disminución de la reclamación por motivo más frecuente ((Nº reclamaciones en 2023, por el motivo más frecuente - nº reclamaciones en 2022, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones por el mismo motivo en 2022) <u>Acción 2:</u> Reducción de las reclamaciones de trato inadecuado ((Nº reclamaciones por motivo trato en 2023 - nº reclamaciones en 2022, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones de trato de 2022)

<b>META:</b>	<b>Acción 1: <math>\leq -5\%</math> (Cumplimiento 100%)</b> <b>Acción 2: 0 o reducción de un 25% (Cumplimiento 100%)</b> Reducción entre el 20-24% = cumplimiento del 75% Reducción entre el 15-19% = cumplimiento del 50% Reducción entre el 10-14% = cumplimiento del 25%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

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

#### INDICADOR 16: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN

<b>FÓRMULA:</b>	<b>CUMPLIMENTACIÓN MODELO SER+HUMANO CON MEMORIA DE EVIDENCIAS Y PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA</b>
<b>NUMERADOR:</b>	<b>ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3</b>
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Formulario auto-evaluación + memoria con evidencias + informe con propuestas de mejora remitido al Área de Coordinación de Proyectos de Humanización y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
<b>COMENTARIOS:</b>	Acciones propuestas a desarrollar:  Acción 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2022 Acción 2: Remisión de memoria con evidencias cuya metodología se propondrá desde el Área de Coordinación de Proyectos de Humanización  Acción 3: propuesta de 2 acciones de mejora por cada eje del modelo respecto a los resultados de la autoevaluación previa
<b>META:</b>	Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación  Actividad 2: remisión de la memoria con evidencias  Actividad 3: remisión del informe con propuesta de 2 acciones de mejora por cada eje del modelo
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)

#### INDICADOR 17: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIFUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECURSOS ON LINE DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD A TODOS LOS CIUDADANOS

<b>FÓRMULA:</b>	<b>CREACIÓN DE UN ESPACIO INFORMATIVO EN LA PÁGINA WEB DEL HOSPITAL SOBRE LOS RECURSOS FORMATIVOS VIRTUALES DIRIGIDOS A LA CIUDADANÍA SOBRE ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD</b>
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Web del hospital

<p><b>COMENTARIOS:</b></p>	<p>La Escuela Madrileña de Salud oferta de manera gratuita más de 650 recursos sobre temas de salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual de aprendizaje (cursos, vídeos multimedia, aulas virtuales, juegos-retos, podcast...). Las áreas temáticas de estos recursos son vida saludable (hábitos y estilos de vida, salud ambiental, habilidades para la vida, alfabetización en salud), vivir con enfermedades crónicas, enfermedades agudas, días mundiales y la escuela de personas que cuidan. La URL de acceso es: <a href="https://escueladesalud.comunidad.madrid/">https://escueladesalud.comunidad.madrid/</a></p> <p>Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadores y ciudadanía es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial.</p> <p>El propósito de este indicador es que la población conozca este recurso y pueda ser visible desde la web del hospital como herramienta educativa e informativa de la Consejería de Sanidad que propone el hospital a sus pacientes</p>
<p><b>META:</b></p>	<p><b>Sí (puntuación 100%)</b></p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p>	<p>Alcanzar el valor de la meta supone que se puede verificar en la página web del hospital que existe información y un enlace a la plataforma virtual de la Escuela Madrileña de Salud para facilitar a la ciudadanía el acceso a los recursos formativos en salud <i>online</i> de la misma.</p>

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

**INDICADOR 18: DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL**

<b>FÓRMULA:</b>	<b>*por cada una de las listas</b>
<b>NUMERADOR:</b>	$\Sigma$ de días (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro) – días en TNP/demora voluntaria si los hubiera habido
<b>DENOMINADOR:</b>	Número pacientes en el registro
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	RULEQ Y SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural en cada una de las listas.
<b>META:</b>	<45 DÍAS
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>El reparto del peso por lista será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quirúrgica 3 puntos de 6</li> <li>- Consultas primeras 2 punto de 6</li> <li>- Técnica primera 1 punto de 6</li> </ul> <p>El cumplimiento se evaluará por cada una de las listas, de la siguiente manera:</p> <p>100% si DME&lt;45 en fecha de corte 31-12-2023</p> <p>60% si DME&lt; 55 en fecha de corte 31-12-2023</p> <p>25% si DME en fecha de corte de 31-12-2023 &lt; DME en fecha de corte de 31-12- 2022.</p>

**INDICADOR 19: PACIENTES QUIRÚRGICOS DIANA DE LISTA DE ESPERA ESTRUCTURAL SIN OPERAR.**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de informes remitidos con pacientes quirúrgicos diana de lista de espera estructural sin operar.
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de informes remitidos durante el periodo estudiado
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	RULEQ
<b>COMENTARIOS:</b>	El periodo estudiado será desde el primer mes completo tras la firma del contrato programa hasta el final del año natural

	La meta se dispondrá por el número de informes remitidos con pacientes quirúrgicos diana de lista de espera estructural sin operar durante el año anterior al estudiado
<b>META:</b>	0
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Se dará como NO cumplido cuando el número de informes remitidos con pacientes quirúrgicos diana sin operar sea mayor al 50% del número de informes remitidos durante el periodo estudiado.</p> <p>100% del indicador cuando el resultado sea 0.</p> <p>60% del indicador cuando el resultado sea menor al número de informes remitidos con pacientes quirúrgicos diana de lista de espera estructural sin operar durante el año anterior al estudiado</p>
<b>INDICADOR 20: TENDENCIA DESCENDENTE EN LOS CORTES MENSUALES DEL NÚMERO DE PACIENTES DE MÁS DE 90 DÍAS EN LEC Y LET A <u>FECHA DE CITA.</u></b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de informes con una cantidad de pacientes > 90 días menor que en el informe del mes anterior
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>El tramo de espera se determina contabilizando el número de días naturales entre la fecha de registro de la solicitud de cita y <u>la fecha de cita asignada.</u></p> <p>El cálculo del número de pacientes se realizará conforme a los criterios de los cortes mensuales que se remiten a los centros respecto a su lista de espera de consultas y técnicas.</p> <p>El periodo estudiado será desde el primer mes completo tras la firma del contrato programa hasta el final del año natural</p>
<b>META:</b>	Tendencia descendente del número de pacientes en el tramo de espera con > 90 días

**EVALUACIÓN:**

El reparto del peso por lista será:

- Consultas primeras 2 puntos de 3
- Técnica primera 1 punto de 3

El cumplimiento se evaluará por cada una de las listas, de la siguiente manera:

100% si el número de informes con una cantidad de pacientes > 90 días menor que en el informe del mes anterior es superior al 70% del número de meses del periodo estudiado.

60% si el número de informes con una cantidad de pacientes > 90 días menor que en el informe del mes anterior es superior o igual al 50% del número de meses del periodo estudiado.

0% si el número de informes con una cantidad de pacientes > 90 días menor que en el informe del mes anterior es menor al 50% del número de meses del periodo estudiado.

## OBJETIVO 2.5: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

### INDICADOR 21 : COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE, PERSONAL SANITARIA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de personas vacunadas
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de personas a vacunar
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Listados de profesionales en activo durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe, que facilita cada uno de los centros hospitalarios.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Para el numerador se contabilizarán todas las personas que estando incluidas en el denominador consten como vacunadas en el registro de vacunas, independientemente de en dónde se le ha administrado.</p> <p>En el denominador se contabilizarán el personal sanitario y sociosanitario que desempeñen su trabajo en los centros y servicios del Servicio Madrileño de Salud, independientemente de su vinculación laboral</p> <p>Se incluye el personal de gestión y servicios.</p> <p>El indicador se realizará sobre el total del personal diana, aunque en el registro para seguimiento del objetivo se recogerá la categoría profesional.</p>
<b>META:</b>	<b>80%</b> (tasa objetivo OMS 75%)
<b>EVALUACIÓN:</b>	

### 3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

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

##### INDICADOR 22: IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Días de estancia que un hospital ha utilizado para atender a sus pacientes durante el periodo evaluado.
<b>DENOMINADOR:</b>	Días que hubieran precisado el conjunto de hospitales de agudos de su grupo durante el periodo evaluado.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	CMBD
<b>COMENTARIOS:</b>	El cálculo del IEMA se basa en un ajuste de tasas por el método indirecto agrupando los episodios de hospitalización en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y excluyendo dentro de cada GRD los episodios con estancias de 0 días y alta domiciliaria (outliers inferiores) y aquellos con estancia superior a un punto de corte calculado para cada GRD (outliers superiores). Un índice global inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente respecto al año anterior
<b>META:</b>	<b>1 o &lt; de 1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	La consecución de la meta otorgará la puntuación total. Se valorará la mejora respecto al dato anterior

##### INDICADOR 23: PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLANES DE CUIDADOS DURANTE EL INGRESO

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº pacientes dados de alta con planes de cuidados durante el ingreso.
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de altas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de mando de la Gerencia de Cuidados
<b>COMENTARIOS:</b>	La metodología enfermera es el sistema diseñado para la aplicación del método científico a los cuidados profesionales que presta la enfermera a la población mediante los planes de cuidados. La medición de este indicador pretende favorecer la aplicación del conocimiento enfermero, permitiendo recoger y unificar la información, para facilitar la evaluación de resultados en salud y la mejora de los cuidados.
<b>META:</b>	<b>80%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100%: Cumplimiento de la meta</li> <li>• 75%: entre 70% y 79,99%</li> <li>• 50%: resultado entre 65% y 69,99%</li> <li>• 25%: resultado entre 60% y 64,99%</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>0%: resultado menor o igual de 59,99%</li> </ul>
<b>INDICADOR 24: POTENCIAR EL LIDERAZGO ENFERMERO</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Impulsar la designación de Enfermeras Referentes de Procesos Asistenciales
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección de Enfermería
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Área del indicador: Todos los hospitales del SERMAS</p> <p><i>Entendiendo como Enfermera Referente: Profesional enfermero que lidera procesos asistenciales, sobretudo relacionados con la cronicidad, y con competencias tales como: liderazgo, responsabilidad, consultoría y autonomía profesional; todo ello sustentado en un nivel de conocimientos y de experiencia profesional en ese proceso asistencial. Como por ejemplo: Enfermera Gestora de Casos/Continuidad Asistencial, la atención de pacientes con Heridas Crónicas Complejas, pacientes con Procesos</i></p>
	<p><i>Oncológicos Complejos, pacientes con Tratamientos Complejos para la Diabetes, la atención de pacientes con Ostomías, pacientes con Esclerosis Múltiple, el paciente con Enfermedad Renal Crónica, en Salud Cardiovascular, en Salud Mental (TCA, Infanto-Juvenil, Psicogeriatría)...</i></p>
<b>META:</b>	100%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Autodeclarado. Registro de Enfermeras designadas como Referentes según nivel de complejidad:</p> <p>Alta Complejidad 10</p> <p>Media Complejidad: 5</p> <p>Baja Complejidad: 4</p> <p>Media Estancia: 4</p> <p>Monográficos: 4</p> <p>De Apoyo: 4</p>

**OBJETIVO: 3.2. Mejorar la eficiencia en los procesos ambulatorios**

**INDICADOR 25: Sintético de línea estratégica "ambulatorización/hospitalización en domicilio"**

**INDICADOR 25A: Porcentaje de uso de la teleasistencia en las consultas sucesivas/resultados.**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de consultas <u>sucesivas</u> realizado SIN la presencia física del paciente, realizado a través de herramientas y/o dispositivos tecnológicos, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente.
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de consultas <u>sucesivas</u> realizado (presenciales y no presenciales)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SIAE
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Los tipos de consultas externas no presenciales, (según la herramienta a través de la que se realiza el acto asistencial) son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Consultas Telefónicas:</b> Son las consultas en que el profesional sanitario se pone en contacto con el paciente telefónicamente, dando lugar a la resolución de la consulta o al seguimiento del proceso.</li> <li>• <b>Videoconsultas:</b> Son las consultas en que el facultativo se pone en contacto con el paciente a través de videollamada, dando lugar a la resolución de la consulta o al seguimiento del proceso.</li> </ul> <p>El peso sobre el indicador sintético será de un 70%</p>
<b>META:</b>	40%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Se dará como NO cumplido cuando el resultado sea menor al 15% durante el periodo estudiado.</p> <p>100% del indicador cuando el resultado sea mayor o igual al 40%</p> <p>60% del indicador cuando el resultado sea mayor al obtenido durante el periodo del año anterior al estudiado.</p>
<b>INDICADOR 25B: Índice interanual de procesos o procedimientos de la cartera de servicios de atención domiciliaria</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<b>Nº de procesos y procedimientos incluidos en atención domiciliaria en 2023</b>
<b>DENOMINADOR:</b>	<b>Nº de procesos y procedimientos incluidos en atención domiciliaria en 2022</b>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Se observará la correlación con los descriptores de SIAE: Camas Pacientes Hospitalización Domicilio y Estancias Hospitalización Domicilio</p> <p>El peso sobre el indicador sintético será de un 30%</p>
<b>META:</b>	<b>&gt;1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	El cumplimiento de la meta supone el 100% del valor del indicador.

### OBJETIVO 3.3: OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

#### INDICADOR 26: % DE PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA ANTES DE LAS 13H.

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de altas administrativas cuyo registro se realiza en las historias clínicas electrónicas desde las 00:00:00 hasta las 13:00:00
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de altas administrativas registradas durante el periodo de estudio
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de mando de Gestión Hospitalaria
<b>COMENTARIOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fuente son las recargas de datos horarias que realiza el CMGH</li> <li>- Listado de pacientes que han generado un alto administrativo durante el periodo de estudio.</li> <li>- El numerador serán las altas administrativas cuyo registro se ha producido desde las 00:00:01 hasta las 13:00:00</li> <li>- Se excluirán los registros con Motivo de alta igual a EXITUS</li> </ul>
<b>META:</b>	>30%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Se dará como NO cumplido cuando el resultado sea menor al 10% durante el periodo estudiado.</p> <p>100% del indicador cuando el resultado sea mayor o igual al 30%</p> <p>60% del indicador cuando el resultado sea mayor al obtenido durante el periodo del año anterior al estudiado.</p>

### OBJETIVO 3.4: POTENCIAR DONACIONES (SINTÉTICO)

#### INDICADOR 27A :DONANTES DE ÓRGANOS

<b>FÓRMULA:</b>	Tasa donantes de órganos por 100.000 habitantes
<b>NUMERADOR:</b>	Número de donantes de órganos
<b>DENOMINADOR:</b>	Coeficiente de 100.000 habitantes
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Oficina regional de coordinación de trasplantes
<b>COMENTARIOS:</b>	En función de resultados de actividad de 2022
<b>META:</b>	Se establecen distintas metas según nivel de complejidad del hospital
<b>EVALUACIÓN:</b>	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 27B :DONANTES DE TEJIDOS

<b>FÓRMULA:</b>	Tasa de donación de tejidos
<b>NUMERADOR:</b>	Número de donantes de tejidos
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de donantes de órganos y tejidos
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Oficina regional de coordinación de trasplantes
<b>COMENTARIOS:</b>	Al menos el 70% de los donantes de órganos deberían ser donantes de Tejidos
<b>META:</b>	70%
<b>EVALUACIÓN:</b>	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

### OBJETIVO 3.5: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

#### INDICADOR 28 : PORCENTAJE DE PACIENTES CUYOS INFORMES CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Número de pacientes cuyo informe clínico de alta de hospitalización está disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100</li> <li>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</li> <li>Nº de pacientes cuyo informe clínico de alta de urgencias está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100</li> </ol>
<b>DENOMINADOR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nº de pacientes dados de alta de hospitalización</li> <li>Nº de pacientes dados de alta de hospitalización</li> <li>Nº de pacientes dados de alta de urgencias</li> </ol>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Unidad de Continuidad Asistencial
<b>COMENTARIOS:</b>	El indicador se evaluará mensualmente
<b>META:</b>	90%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>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).</p> <p>En caso de no alcanzar la meta, se evaluará en función del porcentaje alcanzado.</p>
<b>INDICADOR 29: PORCENTAJE DE eCONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 HORAS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de interconsultas no presencial (eConsulta) resueltas en menos de 72 h
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de interconsulta no presencial (eConsulta) resueltas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de mando de la Unidad de Continuidad Asistencial
<b>COMENTARIOS:</b>	Definición de resuelta
<b>META:</b>	<b>90%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Se consigue la máxima puntuación con el 90%.</p> <p>Baremos a partir de aumento del 20% hasta el 100% (especificar baremo)</p>

**OBJETIVO 3.6: MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES, SOBRE TODO A LOS FRÁGILES, QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.**

**INDICADOR 30 : ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS CON EL NIVEL BRONCE DE LA GEDA**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Certificado de Acreditación del Nivel Bronce del Servicio de Urgencias del Hospital
<b>COMENTARIOS:</b>	Todos los Hospitales deben poner en marcha en sus Servicios de Urgencias todas las medidas y criterios identificados en el Nivel Bronce de la Acreditación GEDA y solicitar su acreditación.
<b>META:</b>	Acreditación Nivel Bronce
<b>EVALUACIÓN:</b>	El no disponer de la Acreditación Nivel Bronce en octubre del 2023 indicará el no cumplimiento del objetivo

### OBJETIVO 3.7: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA PARTICIPANDO EN EL REGISTRO NACIONAL DE FRACTURA DE CADERA (SINTÉTICO)

#### INDICADOR 31A: PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN LAS PRIMERAS 48 HORAS

<b>FÓRMULA:</b>	% de pacientes > 74 años con Fractura de Cadera, intervenidos quirúrgicamente en las primeras 48 horas desde su ingreso
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera* que se intervienen en las primeras 48 horas desde su ingreso
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera* que ingresan y son intervenidos quirúrgicamente
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	HCISS y CMBD*
<b>COMENTARIOS:</b>	La cirugía Precoz ha demostrado beneficio en la morbi-mortalidad del proceso. *Los GRDs a incluir son: Fracturas de cabeza y cuello femorales (código S72.0), fracturas pertrocanterías (S72.1) y fracturas subtrocantéricas (S72.2).
<b>META:</b>	>57%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral para analizar tendencia y establecer medidas de mejora. Datos de cumplimiento de objetivo Diciembre 2023

#### INDICADOR 31B: PACIENTES MOVILIZADOS EL PRIMER DÍA POSTOPERATORIO

<b>FÓRMULA:</b>	% de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera movilizados el primer día postoperatorio
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera* que se movilizan en las primeras 24 horas tras la cirugía
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera* que ingresan y son intervenidos quirúrgicamente
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	HCISS y CMBD
<b>COMENTARIOS:</b>	La movilización hace referencia a levantar los pacientes al sillón o puestos en bipedestación el primer día postoperatorio. * Los GRDs a incluir son: Fracturas de cabeza y cuello femorales (código S72.0), fracturas pertrocanterías (S72.1) y fracturas subtrocantéricas (S72.2).
<b>META:</b>	>71%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral para analizar tendencia y establecer medidas de mejora. Datos de cumplimiento de objetivo Diciembre 2023

#### INDICADOR 31C: PREVENIR LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN INTRAHOSPITALARIAS EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

<b>FÓRMULA:</b>	% Pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera que desarrollan úlceras por presión durante el ingreso de grado > I
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera con úlceras por presión grado > I al alta (sin úlceras al ingreso)

<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de pacientes > de 74 años con Fractura de Cadera que ingresan en el hospital sin úlceras por presión.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	HCISS y CMBD
<b>COMENTARIOS:</b>	
<b>META:</b>	<3%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral para analizar tendencia y establecer medidas de mejora. Datos de cumplimiento de objetivo Diciembre 2023

### OBJETIVO 3.8: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

#### INDICADOR 32: INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes con ILQ órgano espacio por el procedimiento vigilado *100
<b>DENOMINADOR:</b>	Pacientes intervenidos de ese procedimiento en el periodo
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
<b>COMENTARIOS:</b>	*Prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía de colon, y para aquellos hospitales con cirugía cardíaca el bypass aortocoronario con doble incisión y bypass aortocoronario con sólo incisión torácica  Solo en caso que el número de intervenciones realizadas del procedimiento sea igual o superior a 50
<b>META:</b>	<b>Tendencia descendente</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	

#### INDICADOR 33: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)

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

**OBJETIVO 3.9: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**INDICADOR 34: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

<b>FÓRMULA:</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA).</li> <li>Acción 3: CISEMadrid.</li> </ul>
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Áreas prioritarias: Unidades de hospitalización breve psiquiátrica, UCI, obstetricia y ginecología y urgencias. Resto a elección.</p> <p>Acción 2: Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente. Prioritarios son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo de al menos 2 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (seleccionadas de entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones).</li> <li>- Desarrollar al menos una actuación conjunta con el Comité de Atención al Dolor.</li> <li>-Promover actuaciones para la formación en seguridad del paciente e higiene de manos a través de los cursos básicos abiertos, o cursos acreditados, a todos los profesionales de nueva incorporación.</li> </ol> <p>Acción 3: Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).</p>
<b>META:</b>	<p>Acción 1: Grupo 3: 8 rondas; Grupos 1 y 2: 7 rondas. Media estancia; Apoyo y Psiquiatría: 5 rondas. Incluyendo las áreas prioritarias.</p> <p>Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios.</p> <p>Acción 3: &gt;= 60% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grupo 1: 150</li> <li>Grupo 2: 200</li> <li>Grupo 3: 250</li> <li>Media estancia; Apoyo y Psiquiatría: 60</li> </ul>

<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
<b>INDICADOR 35: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (4).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Acción 1: ENVIN-HELICS. Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCA.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Acción 1. Consolidación de los proyectos Zero. Bacteriemia Zero (BZ): disminuir densidad de incidencia de bacteriemia primaria por 1.000 días de catéter vascular central; Neumonía Zero (NZ): disminuir densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1.000 días de ventilación mecánica; ITU-Zero: disminuir densidad de incidencia de ITU relacionada con sonda uretral por 1.000 días de sonda uretral; Resistencia Zero: disminuir pacientes con bacterias multirresistentes (BMR) durante el ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados.</p> <p>De aplicación en las UCI de adultos en periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio).</p> <p>Los residentes que pertenezcan a las UCIS o roten por las mismas deben haber recibido formación específica en proyectos Zero.</p> <p>Acción 2. Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención &gt;95%).</p> <p>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).</p> <p>Acción 4. Implantación del listado de verificación quirúrgica. Pacientes quirúrgicos que en su historia clínica tengan cumplimentado el listado de verificación quirúrgica para la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico. Se evaluará a través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas en intervenciones quirúrgicas programadas.</p>
<b>META:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción 1: BZ ≤ 3; NZ ≤ 7; BMR ≤ 5; ITU Zero ≤ 2,7 Formación: 85% de los residentes que pertenezcan o roten por las UCIS.</li> <li>• Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.</li> <li>• Acción 3: ≥90%</li> <li>• Acción 4: ≥95%</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

### INDICADOR 36: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

<b>FÓRMULA:</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones para la mejora de atención al dolor que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (2).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCA.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor al menos una vez al día, mediante escalas de valoración.</p> <p>Acción 2: Desarrollo de líneas de actuación prioritaria en los Comités de atención al dolor.</p> <p>1. Identificar aquellos servicios y unidades donde deban existir referentes de dolor.</p> <p>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.</p> <p>2. Desarrollar actuaciones para la mejora de la atención al dolor en coordinación con Atención Primaria.</p>
<b>META:</b>	<p>Acción 1: &gt;=90%.</p> <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.</p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

### OBJETIVO 3.10: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE CALIDAD

#### INDICADOR 37: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

## 4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

### OBJETIVO 4.1: GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL ACCESO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y A LOS DATOS

#### INDICADOR 38: PORCENTAJE DE USUARIOS EXISTENTES EN EL DIRECTORIO ACTIVO DEL CENTRO CON CONTRATO VIGENTE (forman parte de la plantilla activa de personal).

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de usuarios en DA y en plantilla activa
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de usuarios presentes en DA
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cruce a través del DNI de descargas del DA y de la plantilla activa del sistema de RRHH del Centro
<b>COMENTARIOS:</b>	Para el cálculo se considerarán revisiones cuatrimestrales (3 al año)
<b>META:</b>	<b>1 (100%)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se aplicará a la ponderación del indicador la media aritmética de los 3 cocientes de los usuarios presentes en el Directorio Activo y en la plantilla activa del centro con respecto al número total de usuarios presentes en el Directorio Activo en cada revisión.

## OBJETIVO 4.2: MEJORAR EL NIVEL DE SEGURIDAD EN EL USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### INDICADOR 39: PROBABILIDAD E IMPACTO DE LAS POSIBLES AMENAZAS Y VULNERABILIDADES DE SEGURIDAD DE CARÁCTER FÍSICO, LÓGICO O AMBIENTALES EN LOS SISTEMAS

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

### OBJETIVO 4.3: IMPULSAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD EN LÍNEA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SERMAS

#### INDICADOR 40: GRADO DE IMPULSO DE INICIATIVAS EN MATERIA TIC EN LÍNEA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SERMAS MARCADOS POR LA DGSISD

##### FÓRMULA:

**NUMERADOR:** Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS\* Ponderación indicador

**DENOMINADOR:** Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital

**FUENTE DE DATOS:** Plan de iniciativas/proyectos en el ámbito TIC a abordar o abordadas por el centro y relación de iniciativas tramitadas a través del CAS de la DGSISD

##### COMENTARIOS:

Se aplica a la ponderación del indicador el cociente de las iniciativas de innovación TIC, independientemente de su fuente de financiación (fondos propios o subvenciones), tramitadas y validadas a través del Comité de Autorización de Solicitudes (CAS) de la DGSISD con respecto al total de iniciativas de innovación TIC abordadas por el centro.

Para el conteo de las iniciativas en el numerador y denominador, cada iniciativa contará con un valor (peso) relativo a sus dimensiones y alcance según la tabla especificada en Evaluación.

**META:** **1 (100%)**

##### EVALUACIÓN:

El peso a aplicar a las iniciativas/proyectos TIC en función del volumen de inversión (VI) es el siguiente:

- VI ≤ 250.000 € - Peso: 1
- VI entre 251.000 € y 500.000 € - Peso: 2
- VI entre 501.000 € y 1.000.000 € - Peso: 3
- VI > 1.000.000 € - > Peso: 4

**OBJETIVO 4.4: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES**

**INDICADOR 41: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023 (GESTIONADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN) DEL CENTRO**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el centro.
<b>DENOMINADOR:</b>	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el centro.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS:</b>	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación.
<b>META:</b>	≥ 95%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

**INDICADOR 42: 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 2023 (APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN) DEL CENTRO HOSPITALARIO**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el centro Hospitalario.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el centro Hospitalario /Gerencia Asistencial de Atención Primaria /Gerencia Asistencial
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS:</b>	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación



Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SaludMadrid

<b>META:</b>	<b>≥ 25%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

OBJETIVO 4.5: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	
INDICADOR 43: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	(Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2023) – (Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022)
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	DG de Investigación, Docencia e Innovación.  Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><b>Investigadores con participación en proyectos:</b> Profesionales con vinculación funcional, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan:</p> <p>(a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien</p> <p>(a) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado, gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma.</p> <p>Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria.</p> <p>El indicador se corresponde con el denominado “Investigadores con participación en proyectos” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS.</p>
<b>META:</b>	<p><b>Tendencia estable o ascendente</b></p> <p>Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%</p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</li> <li>• Con decremento entre 15 y 25 % se asignará el 75% de la puntuación</li> <li>• Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50% de la puntuación</li> <li>• Con decremento superior al 50 % se asignará el 25% de la puntuación</li> </ul> <p>Si en el año evaluado el valor autodeclarado de investigadores en proyectos activos es 0 se asignará siempre el 25% de la puntuación.</p>

### INDICADOR 44: : NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos durante 2023} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2023}) - (\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos en 2022} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022})$
<b>DENOMINADOR:</b>	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos en 2022} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022})$
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	DG de Investigación, Docencia e Innovación.  Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>COMENTARIOS:</b>	<b>Proyecto activo:</b> Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente.  <b>No se incluyen</b> los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado.  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.
<b>META:</b>	<b>Tendencia estable o ascendente</b> Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</li> <li>Con decremento entre 15 y 25 % se asignará el 75% de la puntuación</li> <li>Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50% de la puntuación</li> <li>Con decremento superior al 50 % se asignará el 25% de la puntuación</li> </ul> <p>Si en el año evaluado el valor autodeclarado de proyectos es 0 se asignará siempre el 25% de la puntuación.</p>

## VI. RR.HH.

TIPO_CAT	CATEGORIA	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	Total general
		FIJO	INTERINO POR VACANTE	RESTO DE INTERINOS		
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA	78	130	9	217	217
	MEDICO DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA		1		1	1
	MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA		29	3	32	32
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA OBSTETRICO GINECOLOGICO (MATRONA)	13	5		18	18
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA PEDIATRICA	1	6		7	7
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL	1	2	3	6	6
	ENFERMERO/A	121	178	27	326	326
	FISIOTERAPEUTA	12	1		13	13
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	3		4	4
OPTICO-OPTOMETRISTA		3		3	3	
	Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	227	358	42	627	627
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN DOCUMENTACION SANITARIA		3		3	3
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA	1	3	1	5	5
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	121	112	19	252	252
	TECNICO DE FARMACIA		8		8	8
	AUXILIAR DE FARMACIA		5		5	5
	Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	122	131	20	273	273
PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	BIBLIOTECARIO		1		1	1
	GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA		7		7	7
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR		1		1	1
	INGENIERO TECNICO		1		1	1
	TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		1		1	1
	TRABAJADOR SOCIAL	2	3	1	6	6
	GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA		1		1	1
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	1	18		19	19
MONITOR		1		1	1	
	Total PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	3	34	1	38	38
	Total general	352	523	63	938	938

TIPO_CAT	CATEGORIA - ESPECIALIDAD	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	Total general
		FIJO	INTERINO POR VACANTE	RESTO DE INTERINOS		
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA		2		2	2
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA	3	1	1	5	5
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	1	15		16	16
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO	3	4	1	8	8
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	3	4	1	8	8
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	8	5		13	13
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	4	9		13	13
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA MEDICO-QUIRURGICA Y VENEREOLOGIA		6		6	6
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION		4		4	4
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN FARMACIA HOSPITALARIA	2	4	3	9	9
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN GERIATRIA		3		3	3
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA		3		3	3
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	2	1		3	3
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA	3	6		9	9
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	11	7		18	18
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	2			2	2
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		4		4	4
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	2	2		4	4
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	2	4	1	7	7
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	11	5		16	16
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	4	4		8	8
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA MEDICA	1	3	1	5	5
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	2	4	1	7	7
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y SUS AREAS ESPECIFICAS	5	9		14	14
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA	2	4		6	6
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	4	12		16	16
	FACULTATIVO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		2		2	2
FACULTATIVO ESPECIALISTA EN UROLOGIA	3	3		6	6	
	Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	78	130	9	217	217
	Total general	78	130	9	217	217

PUESTOS DIRECTIVOS	
PUESTO	Total
DIRECTOR/A GERENTE NIVEL II	1
DIRECTOR/A MÉDICO NIVEL II	1
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL II	1
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA NIVEL II	1
DIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL II	1
DIRECTOR/A DE RECURSOS HUMANOS NIVEL II	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

TIPO CAT	PUESTO	Total
FA	COORDINADOR/A DE ADMISIÓN	1
	JEFE DE UNIDAD DE URGENCIAS	1
	JEFE DE SECCIÓN	7
NF	JEFE DE SECCIÓN	16
	SUPERVISOR/A DE ÁREA FUNCIONAL	3
	SUPERVISOR/A DE UNIDAD	13
NS	JEFE DE SERVICIO	2
	JEFE DE SECCIÓN	7
	<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

## VII. CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO

La Comunidad de Madrid pone a disposición la siguiente dirección web, donde se podrá consultar, entre otra información, los centros dependientes del hospital, así como la oferta asistencial básica del mismo

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