



Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Contrato Programa 2021**

**Contrato Programa 2021 con la Gerencia del  
Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa  
Adela**

## INDICE

<b>I PREÁMBULO</b>	3
<b>II CONDICIONES GENERALES</b>	7
<b>ANEXO 1. OBJETIVOS</b>	12
FICHAS DE INDICADORES. NIVEL CENTRO	17
PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	17
PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	27
PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS	36
PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	54
CATALOGO DE OBJETIVOS	61
<b>ANEXO 2. RECURSOS HUMANOS Y MEDIOS ESTRUCTURALES</b>	72

## I PREÁMBULO

Los contratos programa suponen el compromiso en la gestión de las distintas unidades asistenciales para alcanzar unos objetivos priorizados e incentivados por la organización y evaluados mediante indicadores con cuyo resultado se objetiva el grado de cumplimiento del compromiso alcanzado por la directiva y los profesionales de cada centro asistencial. El concepto esencial del contrato programa supone partir de objetivos priorizados en la organización durante el periodo de vigencia del contrato y ligar la actividad asistencial, la gestión de los recursos disponibles y el compromiso de los profesionales a la obtención de resultados que impacten sobre los objetivos propuestos.

El SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SERMAS) ha diseñado un Contrato Programa (CP) basado en la definición de objetivos compartidos en todos los ámbitos asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria, SUMMA 112), que vincula a dos partes, al SERMAS y los centros sanitarios. El Contrato Programa debe ser una herramienta eficaz para la gestión de la actividad asistencial y para ello es fundamental la transparencia en los objetivos planteados. En él, se plasma el compromiso de la organización sanitaria que pone a disposición de cada centro los recursos necesarios con el fin de alcanzar unos objetivos que emanan de las líneas estratégicas del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, recogidas en su marco estratégico, y por otro lado el compromiso por parte de los centros para gestionar adecuadamente los citados recursos y obtener unos resultados acordes a los objetivos previstos.

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

- La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales.
- El establecimiento de medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.
- La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.

- La planificación y gestión de las políticas de recursos humanos referidas al personal de las instituciones sanitarias del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD y sus Entes dependientes o adscritos.
- La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.
- La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.
- La supervisión y control de la gestión económica y financiera de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos.

Por otro lado, la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, establece los instrumentos de buen gobierno, mediante la dotación al sistema sanitario madrileño de un marco estructural y organizativo moderno, ágil y eficaz, con el fin de lograr mayor eficiencia y calidad, más participación y control, más transparencia y rendición de cuentas en la gestión sanitaria, teniendo presente el enfoque del paciente como eje del sistema. La Ley refuerza la participación profesional para garantizar el rigor científico-profesional en la toma de decisiones, favorece la implicación de los profesionales sanitarios con sus centros, hace que el proceso de toma de decisiones se realice de forma más transparente y participativo y mejorando su calidad para cumplimiento de sus fines, actuando bajo el principio de autonomía de gestión, dentro de un marco general común, establecido por el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, que tiene como instrumentos de referencia el CP y el presupuesto. Por esta razón es preciso que el CP sea una herramienta de gestión útil tanto para el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, como para los centros y que todos sus profesionales se consideren concernidos por el CP y por los objetivos que incluye. En el año 2019 se realizaron una serie de cambios en el CP del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD que iba dirigido a alinear la estrategia de todos sus dispositivos sanitarios (Atención Primaria, SUMMA 112 y Hospitales). Para ello se proponían unos objetivos comunes que, posteriormente cada centro se comprometía a cumplir, con los medios de los que disponía. En relación al CP de los diferentes centros hospitalarios existía una variabilidad de modo que el CP común aplicaba en cada centro en función de sus características diferenciales (hospitales de agudos, hospitales de media estancia, centros de salud mental,

hospitales monográficos o de apoyo). Igualmente, cada centro desarrollaba su propia estrategia para conseguir dar cumplimiento a los objetivos marcados.

Transcurrido un año, en el que como consecuencia de la pandemia por SARSCoV-2 no se elaboró un CP, en el presente año se ha fijado como objetivo básico seguir progresando en la línea iniciada en 2019, introduciendo algunas modificaciones, destacando las siguientes:

1. Se establecen las líneas estratégicas a partir de las cuales emanan los objetivos que se agrupan en 4 perspectivas: sostenibilidad; orientación a las personas; procesos asistenciales e innovación y mejora organizativa
2. Los objetivos propuestos para toda la organización sanitaria serán puestos en común en un catálogo elaborado por las gerencias asistenciales, individualizando los que van dirigidos a cada nivel asistencial. En el caso de hospitales, los objetivos se fijarán en función de las diferentes tipologías de los centros.
3. Dentro de los objetivos propuestos se distinguirán aquellos por los que serán evaluados los equipos directivos, de aquellos otros que deben ser considerados como objetivos de servicio o unidad asistencial, distinguiendo a su vez los objetivos individuales, sin que ello sea incompatible entre sí.
4. Se orientará a todos los centros a homogeneizar la dirección por objetivos de modo que en todos ellos exista una escalada: por centro (equipo directivo), por servicio o unidad (mandos intermedios) e individuales (profesional, independientemente de su categoría).

Con ello se pretende que el CP no solo sea una herramienta de gestión y un compromiso entre el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD y los diferentes equipos directivos, sino también entre los equipos directivos y los mandos intermedios y entre estos últimos y cada uno de los profesionales, basado en objetivos estratégicos priorizados definidos con claridad, medibles, alcanzables a través del establecimiento de metas ajustadas, motivadores, coordinados y compartidos de forma que impliquen transversalmente a los diferentes ámbitos. De este modo la estrategia general del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD debe impregnar toda la organización, con el objetivo común de prestar la mejor atención al ciudadano.

En virtud de lo señalado, el presente contrato programa consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos. Por un lado, el estrictamente asistencial y así en el clausulado primero se recogerán los indicadores que evalúan esta actividad y, por otro lado, diversos ANEXOS relativos a:

- Objetivos del centro o del equipo directivo con sus respectivas fichas
- Catálogo de otros objetivos aplicables a mandos intermedios y resto de profesionales con sus fichas
- Recursos humanos y estructurales disponibles.
- Cartera de servicios del centro.

## II CONDICIONES GENERALES

A fin de dar cumplimiento a las funciones que legalmente tiene atribuidas el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD y en consonancia con los objetivos marcados en el Plan Estratégico de Innovación y Modernización de la Comunidad de Madrid, el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD y, por otra parte, dentro del marco establecido por la misión, visión y valores que presiden su actuación y la dedicación al servicio público del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, se establecen los siguientes compromisos de gestión:

1. El Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela se compromete al cumplimiento de los objetivos asistenciales y de salud que, acordes a las características del Centro y analizados previa y conjuntamente con los órganos directivos del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD son los que se detallan en el ANEXO 1.

Estos objetivos servirán para el seguimiento y la determinación del grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos a través de este contrato programa y a su vez, de la evaluación del equipo directivo del Centro.

1. El Centro dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, de acuerdo con el detalle que aparece en el ANEXO 2.

Asimismo, el Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela 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 Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del Centro.

La asignación económica se hará de acuerdo con el siguiente reparto por Capítulos presupuestarios de gasto:

- Capítulo I: Gastos de Personal 32.346.108 €
- Capítulo II: Bienes corrientes y de servicio 8.377.872 €

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. Las dotaciones establecidas para gastos de personal en el ejercicio 2021 incluyen el incremento de un 0,9 % 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 2021 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha. Esta cifra de efectivos no podrá superarse en el ejercicio, salvo por las contrataciones realizadas para nuevas actuaciones especiales expresamente autorizadas y durante el plazo de vigencia de las mismas, las nuevas acciones expresamente autorizadas durante el ejercicio y las contrataciones de personal necesarias para la ejecución de las actuaciones de reducción de la lista de espera con el límite de la financiación adicional dotada a tal efecto.

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

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

- El gasto ocasionado por la gestión de Covid-19
- Las dotaciones destinadas al abono de la productividad variable por cumplimiento de los objetivos, las nuevas acciones y actuaciones expresamente autorizadas durante el ejercicio.
- Las generaciones de crédito y gasto asociado por investigación.
- El gasto por sentencias judiciales.



- El gasto por reducción de lista de espera que cuenta con una financiación máxima específica, establecida en el presente Contrato-Programa.

Asimismo, el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD facilitará al Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela los recursos humanos y los medios estructurales conforme al detalle que de unos y otros figuran en el ANEXO 2.

Las necesidades de inversión en bienes de equipo y de capital (Capítulo VI) que surjan a lo largo del año serán puestas de manifiesto por el Centro ante la Dirección General del Proceso Integrado de Salud y la Dirección General de Infraestructuras Sanitarias (órganos directivos del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD) y serán aprobadas por el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

3. Respecto de la facturación y cobros del Hospital 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 90.446,83 €

4. La actividad extraordinaria que desarrolle el Centro a fin de cumplir con el objetivo previsto relativo a la reducción de la lista de espera quirúrgica, será igualmente financiada por el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD con una aportación adicional de **953.025,23 €** que se harán efectivos de forma cuatrimestral.

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

El Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela 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.

La evolución de la lista de espera del Centro será objeto de evaluación continua por los órganos directivos del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

5. Con objeto de llevar a cabo la evaluación del cumplimiento de los objetivos marcados, el Centro establecerá un acuerdo de gestión con cada unidad en el que, además de los objetivos específicos de servicio, se tendrá en cuenta el cumplimiento de la totalidad de los objetivos del Centro, en la siguiente proporción: 40% objetivos de centro y 60% objetivos de unidad.

A su vez, se establecerá con cada profesional otra serie de objetivos individuales conforme a la siguiente escala: 30% objetivos de centro, 30 % objetivos de unidad, 40% objetivos individuales.

En estos acuerdos se tendrán en consideración todos los objetivos que se detallan en el ANEXO 1 y aquellos otros que el Centro pudiera haber acordado con los mandos intermedios de las respectivas unidades y los que los mandos intermedios acuerden con los profesionales.

Debido a lo avanzado del año, en caso de que los objetivos individuales no puedan llegar a definirse en su totalidad para el año 2021, se aplicará únicamente el acuerdo de gestión establecido para cada unidad, comprometiéndose el Centro a la incorporación de los objetivos individuales para el ejercicio siguiente.

6. 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.



Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2021

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

<p>El Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Director General del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD</p> <p>Juan Jorge González Armengol</p>	<p>El Director Gerente del Hospital</p> <p>Manuel Ballarín Bardají</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

## ANEXO 1. OBJETIVOS

- **OBJETIVOS DEL CENTRO.**

**1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS. Ponderación: 35/100.**

**1.1. Gestión de RRHH (20/100).**

1.1.1. Objetivo: Cumplir el Capítulo I fijado. (14/100).

Indicador: Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. I.

1.1.2. Objetivo: Mejorar de la gestión de RRHH: (6/100).

Indicador: Remisión de informes de RRHH (Fichas FGSM y Fichas COVID, Fichas FRET, Fichas FOR y Fichas de EFECTIVOS), en tiempo y forma, y correctamente cumplimentadas.

Indicador: Cumplimiento de instrucciones y acuerdos (indicador sintético).

Indicador: Tasa de interinidad.

**1.2. Gestión de recursos materiales, fármacos y productos sanitarios (12,5/100).**

1.2.1. Objetivo: Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II: (5/100).

Indicador: Cumplimiento del Cap. II respecto al gasto estimado por el centro.

1.2.2. Objetivo: Mejorar en la gestión de farmacia y productos sanitarios: (7,5/100).

Indicador: Índice Sintético de Eficiencia (Farmacia Hospitalaria).

Indicador: Cumplimiento concepto presupuestario 270 (productos sanitarios).

Indicador: Porcentaje del uso de medicamentos biosimilares.

**1.3. Ingresos (2,5/100).**

1.3.1. Objetivo: Asegurar los ingresos en concepto de facturación a terceros.

Indicador: Cumplimiento del objetivo de facturación a terceros.

## 2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS. Ponderación: 25/100.

### 2.1. Humanización (5/100).

2.1.1. Objetivo: Ofrecer a la ciudadanía información actualizada y comprensible. (2,5/100).

Indicador: Información actualizada y comprensible (indicador sintético).

2.1.2. Objetivo: Implementar el modelo SER+HUMANO. (2,5/100).

Indicador: Realizar la autoevaluación con el modelo de excelencia en humanización SER+HUMANO.

### 2.2. Accesibilidad (15/100).

2.2.1. Objetivo: Favorecer la accesibilidad quirúrgica. (7,5/100).

Indicador: Porcentaje de pacientes con espera > 170 días en lista de espera quirúrgica).

2.2.2. Objetivo: Favorecer la accesibilidad a pruebas diagnósticas. (5/100).

Indicador: Porcentaje de pacientes con espera > 60 días para realización de pruebas diagnósticas.

2.2.3. Objetivo: Favorecer la accesibilidad a CCEE. (2,5/100).

Indicador: Porcentaje de pacientes con espera > 60 días para visita en consultas externas.

### 2.3. Satisfacción del ciudadano (5/100).

2.3.1. Objetivo: Mejorar la calidad percibida por parte del ciudadano.

Indicador: Disminución de las reclamaciones por los motivos más frecuentes.

Indicador: Reclamaciones de trato 0.

Indicador: Desarrollo de acciones para mejorar la calidad percibida (indicador sintético).

### **3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS. Ponderación: 25/100.**

#### **3.1. Mejora en los procesos de Hospitalización (5/100).**

3.1.1. Objetivo: Mejorar del subproceso alta.

Indicador: Estancias potencialmente evitables.

Indicador: Estancia media depurada unidad de cuidados paliativos.

Indicador: Estancia media depurada unidad de geriatría.

#### **3.2. Mejora en los procesos de adecuación de la lista de espera del SERMAS. (5/100).**

3.2.1. Objetivo: Colaborar en la adecuación de la lista de espera quirúrgica del SERMAS

Indicador: Porcentaje de pacientes derivados que superan los días de espera establecidos para intervenciones quirúrgicas en más > 40 días naturales en LEQ estructural.

#### **3.3. Mejora en los procesos de seguridad clínica y calidad (7,5/100).**

3.3.1.- Objetivo: Mejorar la seguridad clínica (3,5/100).

Indicador: Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: rondas de seguridad.

Indicador Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

Indicador Número de incidentes de seguridad identificados con informe validado.

Indicador: Impulso de prácticas seguras (indicador sintético).

Indicador: Seguridad en el uso de fármacos.

3.3.2.- Objetivo: Mejorar la atención al dolor (2/100).

Indicador: Optimización de la atención al dolor (indicador sintético).

3.3.3.- Objetivo: Desarrollar la gestión de calidad y la cooperación (1/100).

Indicador: Desarrollo y fomento de la gestión de calidad y de la cooperación sanitaria internacional (Indicador sintético).

3.3.4.- Objetivo: Revisar y mejorar los resultados clave de la organización (1/100).

Indicador: Cumplimiento y mejora de los indicadores del Observatorio de Resultados (indicador sintético).

**3.4. Mejora en los procesos de Continuidad asistencial (2,5/100).**

**3.4.1. Objetivo: Asegurar la continuidad asistencial.**

Indicador. Porcentaje de e-consulta resuelta en <72 h.

Indicador: Porcentaje de informes de alta disponibles en Horus en 24 h. tras alta.

**3.5. Aumentar la visibilidad de los Cuidados de Enfermería. (5/100).**

**3.5.1. Objetivo: Aumentar la visibilidad de los cuidados enfermeros.**

Indicador. Realización de sesión general con la temática general de cuidados enfermeros y su impacto en los resultados asistenciales.

Indicador. Sesiones conjuntas (enfermeras y médicos) de servicio/unidad sobre los cuidados enfermeros y su aplicación.

**4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN. Ponderación: 15/100.**

**4.1.1. Investigación. (5/100).**

**4.1.2. Objetivo: Mejorar los resultados en investigación (2,5/100).**

Indicador: Nº de profesionales que desarrollan actividad investigadora.

Indicador: Nº de proyectos de investigación.

**4.2. Formación. (2,5/100).**

**4.2.1. Objetivo: Mejorar la formación.**

Indicador: Aumento del número de actividades formativas.

Indicador: Porcentaje de actividades desarrolladas y planificadas en formato online, respecto al total de actividades incluidas en el plan de formación continuada del centro sanitario

**4.3. Innovación en la gestión. (2,5/100).**

**4.3.1. Objetivo: Promover la participación de los profesionales en la gestión clínica.**

Indicador: Fomento del Programa de Participación Efectiva de los Profesionales (PPEPS): profesionales intervinientes y proyectos presentados en el marco del PPEPS.

**4.4. Adaptabilidad a la pandemia por COVID-19. (5/100).**

**4.4.1. Objetivo: Mejorar la elasticidad ante situaciones de fluctuaciones de demanda en el contexto de la pandemia por COVID-19.**

Indicador: Realización del plan de elasticidad de apoyo a la hospitalización.

Indicador: Plan de recuperación de la actividad.



- **FICHAS DE INDICADORES. NIVEL CENTRO**

**1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS**

<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP I</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021001
<b>FÓRMULA</b>	Gasto real en Capítulo I/ financiación total asignada en capítulo I
<b>FUENTE</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General de Recursos Humanos.
<b>OBSERVACIONES</b>	No son gastos computables: Incremento salarial superior al 0.9%. Gasto ocasionado por Covid- 19. Productividad Variable. Generación crédito por investigación. Fondo cumplimiento sentencias. Nuevas acciones. Gasto por reducción Lista de Espera.
<b>META</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	1 o menos= cumplimiento 100% = 14 puntos  Valoración regresiva a partir de 1.

<b>INDICADOR</b>	<b>REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES A RRHH, EN TIEMPO Y FORMA, Y DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021002
<b>FÓRMULA</b>	Número de informes debidamente cumplimentados y remitidos en plazo/ 12 meses
<b>FUENTE</b>	Información remitida por los centros en la ficha a la Dirección General de Recursos Humanos.
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>ACCION 1 Cumplimentar correctamente las fichas FGPM y Fichas COVID-19 y remitir la información antes del día 28 de cada mes.</p> <p>ACCIÓN 2 Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes.</p> <p>ACCION 3 Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>ACCION 4 Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes.</p> <p>Se valorará la calidad de la información remitida</p> <p>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> <p>Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo = 1 punto</p> <p>Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE INSTRUCCIONES Y ACUERDOS</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021003
<b>FÓRMULA</b>	Reclamaciones estimadas / reclamaciones presentadas.
<b>FUENTE</b>	Reclamaciones presentadas en la Dirección General de Recursos Humanos.
<b>OBSERVACIONES</b>	Se valoraran las reclamaciones estimadas en relación a las presentadas por incumplimiento de instrucciones y acuerdos (Bolsas de trabajo, procesos selectivos, movilidad interna, carrera profesional,...).
<b>META</b>	<b>Menor o igual que 10%</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Menor o igual que el 10% = 1 punto.  Valoración regresiva desde 10% hasta 50%  Por encima o igual al 50% = 0 puntos.

<b>INDICADOR</b>	<b>TASA DE INTERINIDAD</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021004
<b>FÓRMULA</b>	Número de interinos solicitados o nombrados / plazas vacantes generadas en el ejercicio 2021 + plazas vacantes generadas en el ejercicio 2020 no cubiertas.
<b>FUENTE</b>	Dirección General de Recursos Humanos. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>OBSERVACIONES</b>	Se tendrán en cuenta las vacantes a 1 de enero y las vacantes generadas en el ejercicio actual. Además, se valorarán las convocatorias de jefaturas que precisan vacante, la demora en la tramitación por Hacienda, la ocupación de las plazas vacantes por comisiones de servicio o promociones internas temporales.
<b>META</b>	<b>Mayor o igual que 95%</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Mayor o igual que el 95% = 1 punto.  Valoración regresiva desde 95% hasta 50%  Por debajo o igual al 50% = 0 puntos.

<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DEL CAP. II RESPECTO AL GASTO ESTIMADO POR EL CENTRO</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021005
<b>FÓRMULA</b>	Gasto realizado en Capítulo II / presupuesto asignado en Capítulo II
<b>FUENTE</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección general económico-financiera
<b>OBSERVACIONES</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 2021 y previa aprobación de la Dirección General del Proceso Integrado de Salud , siempre que los mismos, pudieran distorsionar e imposibilitar de forma objetiva y evidente, el cumplimiento del objetivo de gasto del capítulo II previamente pactado y determinado en el Contrato de Gestión 2021.
<b>META</b>	1
<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.

<b>INDICADOR</b>	<b>ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA DE FARMACIA HOSPITALARIA (INDICADORES DE MANUAL).</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021008
<b>FÓRMULA</b>	<p>Acción 1:</p> <p>Consumo de medicamentos, dietoterapia y productos sanitarios (gestionados por el Servicio de Farmacia). a precio medio contable de todas las unidades hospitalarias que atienden a pacientes hospitalizados en el periodo analizado/ UCH del periodo analizado.</p> <p>Acción 2:</p> <p>Valor contable de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado (teniendo en cuenta abonos contables) / Valor a PVL (financiado) + IVA de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado.</p> <p>Acción 3:</p> <p>Nº de unidades adquiridas de medicamentos EFG en el periodo analizado*100/ Nº de unidades adquiridas del total de medicamentos en el periodo analizado.</p>
<b>FUENTE</b>	<p>Acción 1: Programa de gestión y dispensación del SF. Las unidades de complejidad hospitalaria (UCH) se obtienen del SIAE.</p> <p>Acción 2 y 3: Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia (SF)</p>
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Acción 1: Consumo de farmacia de unidades que atienden al paciente ingresado por el número de altas ajustadas por complejidad hospitalaria (UCH).</p> <p>Acción 2: Ratio Adquisiciones a Precio Contable/Adquisiciones a Precio Oficial (PVL IVA).</p> <p>Acción 3: Porcentaje de EFG adquiridos (en unidades). en relación con el total de medicamentos adquiridos (adquisiciones directas).</p>
<b>META</b>	<b>Mejorar o mantener valor del año 2020</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Valoración del indicador según tendencia ( <i>Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021</i> )

<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO EN CONCEPTO 270 (PRODUCTOS SANITARIOS)</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021007
<b>FÓRMULA</b>	Gasto realizado concepto 270 /Presupuesto asignado concepto 270
<b>FUENTE</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección general económico-financiera.
<b>OBSERVACIONES</b>	Créditos destinados a la adquisición de material sanitario, médico y de rehabilitación para uso en centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid.
<b>META</b>	1
<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	PORCENTAJE DEL USO DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES
<b>CODIGO</b>	CSOS2021007
<b>FÓRMULA</b>	<p>Numerador: Coste acumulado a PVL de las adquisiciones de biosimilares incluidos en los principios activos/grupos terapéuticos: insulina glargina (A10AE04)., eritropoyetina (B03XA01)., somatropina (H01AC01)., factores estimulantes de colonias (L03AA)., enoxaparina (B01AB05)., folitropina alfa (G03GA05)., infliximab (L04AB02)., etanercept (L04AB01)., adalimumab (L04AB04)., rituximab (L01XC02)., trastuzumab (L01XC03)., teriparatida (H05AA02) y bevacizumab (L01XC07).</p> <p>Denominador: Coste acumulado a PVL de todas las adquisiciones de las presentaciones biosimilares y no biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos: "insulinas y análogos de acción prolongada para inyección" (A10AE)., "otros preparados antianémicos" (B03XA)., somatropina (H01AC01)., "factores estimulantes de colonias" (L03AA), "heparinas de bajo peso molecular" [dalteparina (B01AB04), enoxaparina (B01AB05), nadroparina (B01AB06), tinzaparina (B01AB10), bemiparina (B01AB12)], folitropina alfa (G03GA05), infliximab (L04AB02), etanercept (L04AB01), adalimumab (L04AB04), rituximab (L01XC02), trastuzumab (L01XC03), teriparatida (H05AA02) y bevacizumab (L01XC07).</p>
<b>FUENTE</b>	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid).
<b>OBSERVACIONES</b>	Porcentaje de adquisiciones a precio venta laboratorio (PVL). de biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos disponibles en el hospital respecto a las adquisiciones (PVL). totales de todos los medicamentos de los principios activos/grupos terapéuticos incluidos en el indicador en el período analizado.
<b>META</b>	<b>Umbral de Excelencia/Límite de Valoración</b> (Ver <i>Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021</i> )
<b>EVALUACIÓN</b>	Valoración del resultado según Anexo I. (Ver <i>Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021</i> )



<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN A TERCEROS</b>
<b>CODIGO</b>	CSOS2021009
<b>FÓRMULA</b>	Facturación realizada/Facturación esperada
<b>FUENTE</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección general económico-financiera.
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>META</b>	1
<b>EVALUACIÓN</b>	1 o más= cumplimiento 100%  Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 el cumplimiento es 0.

## 2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

<b>INDICADOR</b>	<b>INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y COMPRENSIBLE (INDICADOR SINTÉTICO)</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021001
<b>FÓRMULA</b>	<p>El valor del indicador será proporcional al cumplimiento de las acciones que lo componen:</p> <p>Accion 1: Número de actualizaciones por semestre 2021.</p> <p>Accion 2: Documentos validados por CTCl local o central*100/total de documentos informativos.</p>
<b>FUENTE</b>	Autodeclarado. Validación por la SG de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>ACCION 1. Ofrecer información administrativa actualizada y completa en la página web. la página web del centro ha de contener la información completa y actualizada sobre los servicios ofrecidos y la forma de contactar.</p> <p>ACCIÓN 2. Ofrecer información sobre procesos asistenciales o circunstancias clínicas que sea clara, concisa, adaptada a la comprensión de la ciudadanía, y validada por el comité técnico local de coordinación de la información, o bien por el CTCl central. (Se excluyen los consentimientos informados).</p>
<b>META</b>	<p><b>Accion 1: Al menos una actualización al semestre.</b></p> <p><b>Accion 2: 100%.</b></p>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Cumplimiento de las 2 acciones: 100% del valor.</p> <p>Cumplimiento de 1 de las acciones:50% del valor</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO DE EXCELENCIA EN HUMANIZACIÓN SER+ HUMANO</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021002
<b>FÓRMULA</b>	Presentación de informe de autoevaluación: SÍ/NO.
<b>FUENTE</b>	Autodeclarado. Dirección General de Humanización.
<b>OBSERVACIONES</b>	El documento de autoevaluación está disponible en el siguiente enlace:  <a href="https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/SiteAssets/Paginas/default/MODELO%20SERMASHUMANO%20excelencia%20humanizacion.pdf">https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/SiteAssets/Paginas/default/MODELO%20SERMASHUMANO%20excelencia%20humanizacion.pdf</a>
<b>META</b>	<b>Autoevaluación a realizar en el último trimestre de 2021.</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	SÍ: 100% de la puntuación.  NO: Sin puntuación.

<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESPERA &gt; 170 DÍAS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021005
<b>FÓRMULA</b>	Número de pacientes con más de 170 días de demora en lista de espera estructural para intervenciones quirúrgicas *100 / total de registros en LEQ estructural.
<b>FUENTE</b>	RULEQ (Registro Unificado Lista Espera Quirúrgica) Se excluyen los registros cuya fecha de indicación o aplazamiento voluntario sea superior al corte
<b>OBSERVACIONES</b>	El resultado final será el porcentaje de pacientes en el corte realizado a 31 de diciembre del año en curso. Se atenderá a circunstancias especiales que afecten a la actividad habitual, especialmente a actuaciones en relación a las fluctuaciones de demanda por COVID-19.
<b>META</b>	<b>0%</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Alcanzar el valor de la meta supone la obtención del 100% de la puntuación asignada al indicador. En caso de no obtener la meta, se aplicará el percentil de cumplimiento en relación a los hospitales del mismo grupo.

<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESPERA &gt; 60 DÍAS PARA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021003
<b>FÓRMULA</b>	Número de pacientes con más de 60 días de demora en lista de espera estructural para procesos diagnósticos o terapéuticos * 100/total de registros en lista espera estructural de procesos diagnósticos o terapéuticos
<b>FUENTE</b>	SICYT (Sistema Información Consultas y Técnicas) Se excluyen los registros cuya fecha de indicación o aplazamiento voluntario sea superior al corte.
<b>OBSERVACIONES</b>	Se contabilizará aquellos pacientes en lista de espera estructural con CIRPRES=1. En el caso de no existir registro en el campo o el registro sea nulo, se considerará igual a 1. El resultado final será el porcentaje de pacientes en el corte realizado a 31 de diciembre del año en curso. Se atenderá a circunstancias especiales que afecten a la actividad habitual, especialmente a actuaciones en relación a las fluctuaciones de demanda por COVID-19.
<b>META</b>	<b>0%</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Alcanzar el valor de la meta supone la obtención del 100% de la puntuación asignada al indicador. En caso de no obtener la meta, se aplicará el percentil de cumplimiento en relación a los hospitales del mismo grupo.

<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESPERA &gt; 60 DÍAS PARA VISITA EN CONSULTAS EXTERNAS</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021004
<b>FÓRMULA</b>	Número de pacientes con más de 60 días de demora en lista de espera estructural para primera visita en consultas externas * 100/ total de registros en lista espera estructural de consultas externas
<b>FUENTE</b>	SICYT (Sistema Información Consultas y Técnicas) Se excluyen los registros cuya fecha de indicación o aplazamiento voluntario sea superior al corte
<b>OBSERVACIONES</b>	Se contabilizará aquellos pacientes en lista de espera estructural con CIRPRES=1. En el caso de no existir registro en el campo o el registro sea nulo, se considerará igual a 1 El resultado final será el porcentaje de pacientes en el corte realizado a 31 de diciembre del año en curso. Se atenderá a circunstancias especiales que afecten a la actividad habitual, especialmente a actuaciones en relación a las fluctuaciones de demanda por COVID-19.
<b>META</b>	<b>0%</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Alcanzar el valor de la meta supone la obtención del 100% de la puntuación asignada al indicador. En caso de no obtener la meta, se aplicará el percentil de cumplimiento en relación a los hospitales del mismo grupo.

<b>INDICADOR</b>	<b>DISMINUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES POR LOS MOTIVOS MÁS FRECUENTES</b>
<b>CODIGO</b>	COR12021006
<b>FÓRMULA</b>	(Nº reclamaciones en 2021, por los tres motivos más frecuentes - nº reclamaciones en 2020, por los mismos motivos) * 100 / nº reclamaciones por los mismos motivos en 2021
<b>FUENTE</b>	Subdirección General de Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
<b>OBSERVACIONES</b>	Se compara el número de reclamaciones por los tres motivos más frecuentes, entre 2020 y 2021, según la fórmula indicada. Situaciones específicas a tener en cuenta: 1. Cuando el número absoluto de reclamaciones totales sea menor de 50, o el número absoluto de reclamaciones por el motivo más frecuente sea menor de 30, este objetivo se valorará como cumplido. 2. Cuando el número absoluto de reclamaciones por el motivo más frecuente esté entre 30 y 100: se considerará que se ha cumplido el indicador si el nº absoluto de reclamaciones ha disminuido o se ha mantenido respecto al año anterior. 3. Debido a la similitud entre algunos motivos, para el cumplimiento del indicador se considerará la reducción como válida cuando no exista un aumento equivalente en números absolutos en otros motivos que se consideren que presentan similitud con los evaluados.
<b>META</b>	≤ -5%.
<b>EVALUACIÓN</b>	≤ -5%= cumplimiento del 100%. Reducción entre el 3,5-5 %= cumplimiento del 75%. Reducción entre el 1,6-3,4 %= cumplimiento del 50%. Reducción entre el 0,1-1,5 %= cumplimiento del 25%. Si no hay reducción=cumplimiento 0.

<b>INDICADOR</b>	<b>RECLAMACIONES DE TRATO= 0</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021007
<b>FÓRMULA</b>	Acción 1. Número de reclamaciones de trato. Acción 2. Procedimentar el abordaje de las reclamaciones de trato
<b>FUENTE</b>	Subdirección General de Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK.
<b>OBSERVACIONES</b>	La acción 2 deberá de comprender: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento general.</li> <li>• Evaluación por parte del equipo directivo (comité de dirección) de todas las reclamaciones de trato con el objetivo de proceder a su validación y para valorar medidas excepcionales.</li> <li>• Reunión con el reclamado y su mando intermedio con el directivo responsable.</li> <li>• Valoración de si la reclamación requiere sanción.</li> </ul>
<b>META</b>	<b>Acción 1. 0</b> <b>Acción 2. Hecho/no hecho.</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Se evaluará al 75% la Acción 1 y al 25 % la acción 2 (hecho/no hecho). Sobre la Acción 1. Reclamaciones de trato= 0 o reducción de un 25% = cumplimiento del 100% sobre la acción 1. Reducción entre el 20-24%= cumplimiento del 75% sobre la acción 1. Reducción entre el 15-19%= cumplimiento del 50% sobre la acción 1. Reducción entre el 10-14%= cumplimiento del 25% sobre la acción 1.



<b>INDICADOR</b>	<b>DESARROLLO DE ACCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA (INDICADOR SINTÉTICO)</b>
<b>CODIGO</b>	CORI2021008
<b>FÓRMULA</b>	<p>El valor del indicador será proporcional al cumplimiento de las acciones que lo componen</p> <p>Acción 1-Aumentar la satisfacción de los ciudadanos con la atención sanitaria recibida: Nº pacientes satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida en los segmentos estudiados*100/ nº total pacientes.</p> <p>Acción 2- Desarrollar actuaciones para aumentar la satisfacción de los ciudadanos con la atención sanitaria recibida: Nº de actuaciones desarrolladas para mejora de calidad percibida *100 / nº total actuaciones establecidas.</p>
<b>FUENTE</b>	<p>Acción 1. Encuesta de satisfacción a los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2021.</p> <p>Acción 2. Autodeclarado y validado por la subdirección general de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria y/o auditorías de verificación del cumplimiento de objetivos por parte del Servicio de Evaluación.</p>
<b>OBSERVACIONES</b>	Las líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida incluyen una técnica de tipo cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiares y la realización de un mapa de experiencia del paciente, en un área crítica seleccionada por el hospital diferente a la realizada en el año 2019.
<b>META</b>	<p><b>Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o &gt;=90%</b></p> <p><b>Acción 2: Desarrollo de actuaciones establecidas, de acuerdo a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo 1, y 2 : 5 líneas Comité de Calidad Percibida siendo al menos 1 cualitativa y otra el mapa de experiencia del paciente.</b></li> <li>• <b>Grupo 3: 5 líneas CCP al menos 2 cualitativas y otra el mapa de experiencia del paciente</b></li> <li>• <b>Apoyo y ME: 3 líneas CCP al menos 1 cualitativa. y otra el mapa de experiencia del paciente</b></li> </ul>

• PSQ: 3 líneas CCP al menos 1 cualitativa y otra el mapa de experiencia del paciente

**EVALUACIÓN**

ACCION 1:

100% Si mejor de su grupo o  $\geq 90\%$ ;

90% si  $>$ media de su grupo;

80% Si  $\geq 85\%$  ;

70% Si  $\geq 80\%$ ;

60% Si  $\geq 75\%$ ;

50% Si no alcanza 75% pero mejor que año 2019.

ACCION 2:

100% Si se han desarrollado al menos 5 líneas en los grupos 1 y 2, siendo una de ellas de tipo cualitativo y otra el mapa de experiencia del paciente; al menos 5 en el grupo 3, siendo dos de tipo cualitativo y otra el mapa de experiencia del paciente; al menos 3 en grupos Apoyo, ME y Psq, siendo una de tipo cualitativo y otra el mapa de experiencia del paciente;

80% si al menos 3 líneas en grupos 1, 2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de tipo cualitativo y otra el mapa de experiencia del paciente.

60% si al menos 3 líneas en grupos 1, 2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas de tipo cualitativo o el mapa de experiencia del paciente.

40% Si al menos 2 líneas en grupos 1, 2 y 3; o 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas de tipo cualitativo o el mapa de experiencia del paciente.

20% Si al menos 2 líneas en grupos 1, 2 y 3; y 1 línea en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas de tipo cualitativo o el mapa de experiencia del paciente. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

### **3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS**

<b>INDICADOR ESTANCIAS POTENCIALMENTE EVITABLES</b>	
<b>CODIGO</b>	
<b>FÓRMULA</b>	<p>Diferencia entre las estancias generadas por las altas hospitalarias (fecha de alta – fecha de ingreso) y las estancias esperadas.</p> <p>Estancias esperadas: Se calculan mediante un ajuste de tasas por el método indirecto, multiplicando en cada uno de los GRD del hospital las altas hospitalarias por la estancia media de la norma de su grupo</p>
<b>FUENTE</b>	Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>META</b>	Tendencia descendente
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Se evaluará la tendencia del resultado obteniendo un valor porcentual sobre la puntuación asignada al indicador. El cálculo de este valor se construirá valorando dos parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mejora sobre el resultado alcanzado por el propio hospital en el año anterior, que aportará un 33% del valor total.</li> <li>• La proximidad al mejor resultado del grupo de comparación, que aportará un 67%.</li> </ul>

<b>INDICADOR</b>	<b>ESTANCIA MEDIA DEPURADA EN CUIDADOS PALIATIVOS</b>
<b>CODIGO</b>	
<b>FÓRMULA</b>	Número total de días de estancia hospitalaria en la unidad de cuidados paliativos en el periodo / Número de altas en la Unidad de Cuidados Paliativos en el periodo
<b>FUENTE</b>	CMBD
<b>OBSERVACIONES</b>	Sólo se tienen en cuenta las estancias y las altas depuradas. Criterio de exclusión: Se excluyen dentro de cada uno de los GRD los episodios con estancia superior a un punto de corte superior (PCS) o con estancia de 0 días (fecha de ingreso igual a fecha de alta) en los que la circunstancia de alta es a domicilio. El PCS se calcula para cada uno de los GRD sumando al percentil 75 el rango intercuartílico (percentil 75 – percentil 25) multiplicado por 1,5. $PCS = P75 + 1,5 * (P75 - P25)$
<b>META</b>	<b>Resultado menor o igual al dato del año anterior</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Valoración regresiva hasta límite de 1,00 días de aumento respecto al año anterior.

<b>INDICADOR</b>	<b>ESTANCIA MEDIA DEPURADA EN UNIDAD DE GERIATRIA</b>
<b>CODIGO</b>	
<b>FÓRMULA</b>	Número total de días de estancia hospitalaria en la unidad de geriatría en el periodo / Número de altas en la unidad de geriatría en el periodo
<b>FUENTE</b>	CMBD
<b>OBSERVACIONES</b>	Sólo se tienen en cuenta las estancias y las altas depuradas. Criterio de exclusión: Se excluyen dentro de cada uno de los GRD los episodios con estancia superior a un punto de corte superior (PCS) o con estancia de 0 días (fecha de ingreso igual a fecha de alta) en los que la circunstancia de alta es a domicilio. El PCS se calcula para cada uno de los GRD sumando al percentil 75 el rango intercuartílico (percentil 75 – percentil 25) multiplicado por 1,5. $PCS = P75 + 1,5 * (P75 - P25)$
<b>META</b>	<b>Resultado menor o igual al dato del año anterior</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Valoración regresiva hasta limite de 1,00 días de aumento respecto al año anterior.

<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES DERIVADOS QUE SUPERAN LOS DÍAS DE ESPERA ESTABLECIDOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN MÁS &gt; 40 DÍAS NATURALES EN LEQ ESTRUCTURAL.</b>
<b>CODIGO</b>	
<b>FÓRMULA</b>	Número de pacientes con más de 40 días de ESPERA en lista de espera estructural para intervenciones quirúrgicas *100 / total de registros DERIVADOS de LEQ estructural.
<b>FUENTE</b>	
<b>OBSERVACIONES</b>	La garantía de tiempo establecida para el 2021 es de 40 días naturales en LEQ estructural desde la fecha de indicación
<b>META</b>	<10%
<b>EVALUACIÓN</b>	Por debajo de la meta se computará el valor total del indicador. Hasta el 15% se realizará valoración regresiva y por encima o igual al 15% se valorará como no cumplido.

<b>INDICADOR</b>	<b>PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: RONDAS DE SEGURIDAD</b>
<b>CODIGO</b>	CMPR2021008
<b>FÓRMULA</b>	Nº de rondas de seguridad
<b>FUENTE</b>	Autodeclarado. Validación SG Calidad y Cooperación Sanitaria y/o auditorías verificación cumplimiento objetivos Servicio de Evaluación
<b>OBSERVACIONES</b>	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, urgencias y bloque quirúrgico. Resto a elección.
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo 3: 8 rondas</li> <li>- Grupos 1,2: 7 rondas</li> <li>- Apoyo, Media estancia y Psiquiátricos: 5 rondas</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Alcanzado 100% si se cumplen todas las rondas establecidas, incluyendo las de las áreas prioritarias.</p> <p>12,5% de cumplimiento cada ronda en grupo 3.</p> <p>14% de cumplimiento cada ronda en grupos 1,2.</p> <p>20% de cumplimiento por cada ronda en resto de hospitales.</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO</b>
<b>CODIGO</b>	CMPR2021009
<b>FÓRMULA</b>	Nº de objetivos establecidos
<b>FUENTE</b>	Autodeclarado. Validación SG Calidad y Cooperación Sanitaria y/o auditorías verificación cumplimiento objetivos Servicio de Evaluación
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Objetivos prioritarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. -Constituir un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica. El comité será multiprofesional, de acuerdo a las instrucciones que establecerá la Subdirección General de calidad asistencial y cooperación sanitaria, con el objetivo de promover la práctica clínica adecuada y de forma específica la supresión o minimización de las prácticas clínicas inadecuadas ("No hacer")</li> <li>2. - Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales</li> </ol>
<b>META</b>	<b>Al menos 4 objetivos incluidos los prioritarios</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Alcanzado 100% si se desarrollan 4 objetivos incluyendo los prioritarios.</p> <p>Cumplimientos parciales 30% cada objetivo prioritario y 20% por cada objetivo no prioritario.</p>



<b>INDICADOR</b>	<b>NÚMERO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD IDENTIFICADOS CON INFORME VALIDADO</b>
<b>CODIGO</b>	CMPR2021010
<b>FÓRMULA</b>	Nº de incidentes de seguridad y errores de medicación con informe validado *100/ nº mínimo establecido de incidentes de seguridad y errores de medicación identificados.
<b>FUENTE</b>	CISEMadrid
<b>OBSERVACIONES</b>	El centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización con la identificación y emisión de informes validados de incidentes de seguridad y errores de medicación tras su análisis..
<b>META</b>	<p>Excelencia: Al menos 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>• Apoyo, Media estancia y Psiquiátricos: 60;</li> <li>• Grupo 1: 150;</li> <li>• Grupo 2: 200;</li> <li>• Grupo 3: 250</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Excelencia: 100% de cumplimiento si 60% de IS-EM con informe validado, con el nº mínimo de IS-EM identificados.</li> <li>– 90% cumplimiento si 40- 59% de informes validados y se identifica &gt;nº de establecido.</li> <li>– 80% si 40- 59% de informes validados y/o identificados entre 80-99% del nº establecido.</li> <li>– 60% si 20-39% de informes validados y/o identificados entre 60-79% del nº establecido.</li> <li>– 30% si &lt;20% de informes validados y/o identificados 30-59% nº establecido, o no alcanzados estos criterios pero mejora con respecto año previo.</li> </ul>

INDICADOR	IMPULSO DE PRÁCTICAS SEGURAS (INDICADOR SINTÉTICO)
<b>CODIGO</b>	CMPR2021014
<b>FÓRMULA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nº actuaciones de mejora de HM desarrolladas*100/ Nº total de actuaciones de mejora de HM previstas</li> <li>Nº de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas las 3 medidas obligatorias de IQZ*100/ Nº total de unidades o servicios quirúrgicos en los que resulta de aplicación</li> <li>Nº de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica *100/ Nº de historias clínicas evaluadas</li> </ol>
<b>FUENTE</b>	<p>Acción 1: Formulario OMS. Autodeclarado. Validación SG Calidad y Cooperación Sanitaria y/o auditorías verificación cumplimiento objetivos Servicio de Evaluación</p> <p>Acción 2 y 3: Autodeclarado. Validación SG Calidad y Cooperación Sanitaria y/o auditorías verificación cumplimiento objetivos Servicio de Evaluación</p>
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>ACCIÓN 1 Actuaciones prioritarias desarrolladas para la mejora de la higiene de manos Desarrollo de actuaciones para mejorar la HIGIENE DE MANOS (HM). Actuaciones prioritarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Autoevaluación con la herramienta OMS mantiene o mejora puntuación</li> <li>2) Disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención* &gt;95%</li> <li>3) Aumento en el nº de profesionales formados en HM con respecto a año previo, en especial los de nueva incorporación</li> </ol> <p>ACCIÓN 2 Aplicación de medidas del proyecto infección quirúrgica ZERO</p> <p>ACCIÓN 3 Pacientes quirúrgicos que en su historia clínica tengan implantado el listado de verificación quirúrgica para la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico Se evaluará a través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas en intervenciones quirúrgicas programadas</p>

**META**

**Acción 1: 100% de actuaciones prioritarias realizadas**

**Acción 2: >90%**

**Acción 3: >=95%**

**EVALUACIÓN**

-Acción 1: 100% si cumple las 3 actuaciones prioritarias siendo; 40% si mantiene o mejora puntuación resultados autoevaluación (al menos nivel intermedio) + 30% si disponibilidad de PBA>95% + 30% si aumenta nº profesionales formados en higiene de manos

-Acción 2. 100% de cumplimiento si >=90%; 90% si 89-85%; 80% si 84-75%; 70% si 74-65%; 50% si mejor que año anterior en 5 ptos. y no alcanza el 65%

-Acción 3: 100% de cumplimiento si >=95% intervenciones con LVQ; 90% si 90-94%; 80% si 80-89%; 50% si 60-79%; 25% si <60% pero mejora 5 ptos. con respecto a resultado 2019

INDICADOR	INDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD EN FARMACIA
<b>CÓDIGO</b>	CMPR2021012
<b>FÓRMULA</b>	<p>Acción 1: Porcentaje de pacientes con fentanilo transmucoso sin opioide de base.</p> <p>FÓRMULA: Promedio de pacientes en tratamiento con fentanilo transmucoso (N02AB03). sin opioide de base en un periodo de 3 meses (N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB91, N02AE01, N02AX06) * 100 / Promedio de pacientes en tratamiento con fentanilo transmucoso (N02AB03)</p> <p>Acción 2: Optimización del Uso de Antibióticos (PROA).</p> <p>FÓRMULA: Programa de optimización del uso de antibióticos (PROA) activo = SI / NO.</p>
<b>FUENTE</b>	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid).
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Acción 1: Población diana: Pacientes con prescripciones de fentanilo transmucoso sin opioide de base realizadas en el ámbito de Atención Hospitalaria procedentes de recetas facturadas.</p> <p>Acción 2: Actividad anual para considerar PROA activo: Comité específico multidisciplinar diferente a la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, con actividad directa sobre el paciente, con al menos 2 reuniones periódicas, al menos un informe de resistencias, al menos un informe de consumo de antibióticos, al menos una sesión de formación a los profesionales y referente en urgencias para el PROA de paciente en tratamiento ambulatorio con al menos dos sesiones de formación a los profesionales basadas en casos clínicos de infecciones reales y al menos una sesión de la evolución de los indicadores de prescripción de antibióticos en el centro.</p>
<b>META</b>	<p><b>Acción 1: Umbral de Excelencia/Límite de Valoración</b> (Ver <i>Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021</i>)</p> <p><b>Acción 2: PROA activo</b> (Ver <i>Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021</i>)</p>

**EVALUACIÓN**

Cada una de las acciones puntuará al 50%.

Acción 1. Valoración del resultado según Anexo I. *(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021)*

Acción 2. El objetivo se justificará según las actividades indicadas en observaciones. Se asignará el 20% de la puntuación del indicador a cada una de las 5 actividades mencionadas, siendo posible fraccionar ulteriormente la puntuación en aquellas actividades que no se hayan llevado a cabo en su totalidad. *(Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021)*

<b>INDICADOR</b>	<b>OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DOLOR (INDICADOR SINTÉTICO)</b>
<b>CODIGO</b>	CMPR2021011
<b>FÓRMULA</b>	<p>Acción 1: Nº de pacientes que tienen recogida en la HC la medición con una escala de valoración del dolor X 100 / Nº total de pacientes</p> <p>Acción 2: Nº de actuaciones desarrolladas para la mejora de la atención al dolor*100/ nº actuaciones establecidas</p>
<b>FUENTE</b>	Autodeclarado. Validación SG Calidad y Cooperación Sanitaria y/o auditorías verificación cumplimiento objetivos Servicio de Evaluación
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Acción 1: Tener registrada en la historia clínica de los pacientes la medición del dolor como una quinta constante, mediante las escalas utilizadas para la valoración del dolor en los diferentes ámbitos</p> <p>Acción 2: Desarrollo de líneas de actuación de los Comités de atención al dolor. Líneas prioritarias son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover la participación y coordinación entre niveles asistenciales y profesionales (por ejemplo participación atención primaria en los comités hospitalarios o realizando una reunión conjunta con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos) ;</li> <li>2. Promover la participación de los pacientes (elaborar material formativo o informativo, invitar a comités, etc.);</li> <li>3. Identificar/ elaborar una buena práctica.</li> </ol>
<b>META</b>	<p><b>Acción 1: &gt;90%</b></p> <p><b>Acción 2: Grupos 1, 2 y 3: 4 actuaciones (incluyendo las 3 líneas prioritarias) Apoyo, Media estancia y Psiquiátricos: 3 actuaciones (incluyendo las líneas prioritarias)</b></p>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Grupos 1, 2 y 3: 100 %: si cumplen 4 actuaciones, incluyendo las prioritarias. Cumplimientos parciales 25% por cada actuación prioritaria y 20% no prioritarias.</p> <p>En hospitales de Apoyo, Media estancia y Psiquiátricos: 100 %: si cumplen las 3 líneas prioritarias.</p> <p>Cumplimientos parciales 33% por cada actuación prioritaria y 20 % por cada actuación no prioritaria.</p> <p>La meta puede ajustarse de acuerdo con la evolución de la pandemia</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>DESARROLLO Y FOMENTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD Y DE LA COOPERACIÓN SANITARIA INTERNACIONAL (INDICADOR SINTÉTICO)</b>
<b>CÓDIGO</b>	CMPR2021013
<b>FÓRMULA</b>	<p>Acción 1: Informe del proceso de autoevaluación con el Modelo EFQM siguiendo las pautas de la SG. de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria</p> <p>Acción 2: Implantación del Sistema de Gestión Ambiental Buenas prácticas</p> <p>Acción 3: Realizado proceso autoevaluación con el Cuestionario actualizado 2021.</p> <p>Acción 4: Nº de actuaciones desarrolladas para la mejora de la cooperación sanitaria*100/Nº de actuaciones establecidas</p>
<b>FUENTE</b>	Monitorización y registro por parte de la SGCA
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Acción 1: Tener planificada la autoevaluación EFQM para el año en curso o para 2022 o realizada la autoevaluación (con el Modelo 2013 en el primer trimestre y con el Modelo 2020 en cualquier momento durante todo el año).</p> <p>Acción 2: Tener el Certificado según norma 14001 ISO correspondiente o verificación documental SG. Calidad</p> <p>Acción 3: Cumplimentación del Cuestionario de autoevaluación versión 2021 y análisis del mismo, identificando las áreas de mejora detectadas.</p> <p>Acción 4: Las actuaciones prioritarias son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener un referente de cooperación sanitaria en cada gerencia</li> <li>- Elaborar una memoria resumen de las actividades de cooperación desarrolladas por el hospital o por sus profesionales</li> <li>- Identificar o elaborar buena práctica o una experiencia en cooperación sanitaria</li> </ul>

**META**

**Acción 1: Realizar al menos la planificación de la autoevaluación con el Modelo EFQM**

**Acción 2: Implantar el Sistema de Gestión Ambiental.**

**Acción 3: Realizar la autoevaluación con el Cuestionario actualizado 2021**

**Acción 4: 100% si desarrolla las 3 actuaciones prioritarias**

**EVALUACIÓN**

Acción 1: Realizada la planificación o autoevaluación SI/NO

Acción 2: Implantado el sistema de Gestión Ambiental SI/NO

Acción 3: Cumplimentado el cuestionario actualizado y al menos 1 área de mejora detectada tras su análisis SI/NO

Acción 4: 100% si se han desarrollado las 3 actuaciones prioritarias ; 50% si se ha elaborado el informe-resumen; 25% si tiene responsable de cooperación sanitaria nombrado; 25% si identifica o elabora buena práctica/experiencia



<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO Y MEJORA DE LOS INDICADORES DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS (INDICADOR SINTÉTICO)</b>
<b>CÓDIGO</b>	CMPR2021015
<b>FÓRMULA</b>	<p>Acción 1: Nº indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente que alcanzan el estándar* x 100/ Nº total indicadores del apartado</p> <p>Acción 2: Nº de actuaciones realizadas x 100 / Nº total actuaciones establecidas</p>
<b>FUENTE</b>	SGCalidad /Observatorio de Resultados
<b>OBSERVACIONES</b>	<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 &lt;=1; y en indicadores no ajustados P65 del grupo</p> <p>Acción 2: 1.Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados 2020. 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). 2. Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio (ficha)</p>
<b>META</b>	<p><b>Acción 1: &gt;= 90% de los indicadores que le aplican del grupo</b></p> <p><b>Acción 2: 100% si se cumplen las actuaciones establecidas.</b></p>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Acción 1: 100% de cumplimiento si &gt;=90% de los indicadores; 90% cumplimiento si 89-80% ; 80% si 79-70%; 70% si 69-60%; 60% si 59-50%; 50% si 49-30%.</p> <p>Acción 2: Alcanzado 100% si informe de revisión de acuerdo con el formato establecido con las acciones de mejora en todos aquellos indicadores que no alcancen el estándar identificados en el informe e identificación (80%) y propuesta de una buena práctica(20%).</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE DE E-CONSULTA RESUELTA EN &lt;72 H</b>
<b>CÓDIGO</b>	CMPR2021016
<b>FÓRMULA</b>	Nº de e-Consultas resueltas y cerradas en menos de 72 h (laborables) desde la solicitud de AP*100 / nº de e-consultas solicitadas por AP.
<b>FUENTE</b>	SIPE y Cuadro de mando de Continuidad Asistencial
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>META</b>	<b>90%</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá al cumplimiento de la meta.</p> <p>Un porcentaje por debajo del 70% no obtendrá puntuación.</p> <p>Entre ambas franjas, cumplimiento regresivo.</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE INFORMES DE ALTA (ALTA DE HOSPITALIZACIÓN E INFORME DE CUIDADOS ENFERMEROS) DISPONIBLES EN HORUS EN 24 TRAS ALTA</b>
<b>CÓDIGO</b>	CMPR2021017
<b>FÓRMULA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Número de altas de hospitalización con informe disponible en HORUS en las primeras 24 h. tras alta * 100 / Nº de altas de hospitalización.</li> <li>Número de altas de hospitalización con informe de continuidad de cuidados disponible en HORUS en las primeras 24 h. tras alta * 100 / Nº de altas de hospitalización.</li> </ol>
<b>FUENTE</b>	Cuadro de mando de la Subdirección General de Continuidad Asistencial
<b>OBSERVACIONES</b>	Se enviará a los hospitales una monitorización mensual. El dato de evaluación será el balance obtenido en el periodo de evaluación (01-01-2019 a 31-12-2019).
<b>META</b>	≥ 80%
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Alcanzar el valor de la meta supone la obtención del 100% de la puntuación asignada al indicador.</p> <p>Cada acción se evaluará por separado suponiendo un 33,3% del valor total.</p> <p>En caso de no alcanzar la meta, se evaluará en función del percentil que ocupe en relación a hospitales del mismo nivel: por debajo del percentil 25 cumplimiento 0, por encima del percentil 75, cumplimiento 100%.</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>REALIZACIÓN DE SESIÓN GENERAL SOBRE CUIDADOS ENFERMEROS</b>
<b>CODIGO</b>	CMPR2021018
<b>FÓRMULA</b>	Sesión general con temática de Cuidados de Enfermería
<b>FUENTE</b>	Autodeclarativo. Presentación, fecha y hora e informe sobre asistentes (conectados si es en streaming), grado de satisfacción (muestreo si es preciso) e información complementaria si se considera oportuno.
<b>OBSERVACIONES</b>	El contenido de la sesión general deberá ser decidido por cada dirección de enfermería y se basará en los cuidados de enfermería, sus fundamentos y su impacto en los resultados en los pacientes, a ser posible propios del centro. Irá dirigida a todos los colectivos asistenciales y no asistenciales. Su objetivo es poner en valor los cuidados enfermeros ante los otros colectivos profesionales.
<b>META</b>	<b>Una sesión/año</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Hecho/no hecho

<b>INDICADOR</b>	<b>REALIZACIÓN DE SESIONES EN UNIDADES/SERVICIOS CLÍNICOS INFORMANDO SOBRE CUIDADOS ENFERMEROS</b>
<b>CODIGO</b>	CMPR2021019
<b>FÓRMULA</b>	Número de sesiones multidisciplinares donde participa enfermería compartiendo información sobre cuidados enfermeros*100/total de unidades tributarias de realizar las sesiones
<b>FUENTE</b>	Autodeclarativo. Memoria de las sesiones realizadas.
<b>OBSERVACIONES</b>	El contenido de las sesiones será decidido por la responsable de la unidad. Se basará en los cuidados de enfermería generales y propios de la unidad y su impacto en los resultados en los pacientes, a ser posible propios del centro. Irá dirigida a todos los colectivos asistenciales y no asistenciales. Su objetivo es dar a conocer los cuidados enfermeros a los servicios
<b>META</b>	<b>Al menos 1/año en cada servicio/unidad. 100% de servicios en los que se apliquen cuidados enfermeros</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Entre el 71-100% de los servicios/unidades se consigue el objetivo.  70% o menos cumplimiento=0.  Entre el 71-100% cumplimiento porcentual progresivo.

#### 4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

<b>INDICADOR</b>	<b>Nº DE PROFESIONALES QUE DESARROLLAN ACTIVIDAD INVESTIGADORA</b>
<b>CÓDIGO</b>	CIIF2021001
<b>FÓRMULA</b>	(Nº absoluto de profesionales que desarrollan actividad investigadora durante 2021-nº de profesionales que desarrollan actividad investigadora durante 2019)*100/ Nº absoluto de profesionales que desarrollan actividad investigadora durante 2019
<b>FUENTE</b>	DG de Planificación, Formación e Investigación: Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Profesionales que desarrollan actividad investigadora o que forman parte de los grupos de investigación de los Institutos de Investigación Sanitaria y/o de los Grupos Clínicos Asociados de la Red del Instituto de Salud Carlos III.</p> <p>Podrán ser reconocidos formalmente por la Fundación de Investigación Biomédica o Institución que gestione la investigación del centro (en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria).</p>
<b>META</b>	<b>Tendencia estable o ascendente.</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá al mejor resultado dentro del grupo de comparación. A partir de ese valor de excelencia, se evaluará la tendencia del resultado aplicando al valor total de la puntuación, el porcentaje de aproximación al mejor resultado.

<b>INDICADOR</b>	<b>Nº DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN</b>
<b>CÓDIGO</b>	CIIF2021002
<b>FÓRMULA</b>	(Nº absoluto de proyectos activos o nuevos durante 2021-nº absoluto de proyectos activos o nuevos durante 2019)*100/ Nº absoluto de proyectos activos o nuevos durante 2019
<b>FUENTE</b>	DG de Planificación, Formación e Investigación: Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Proyectos aprobados: número de proyectos de investigación aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), Comisión de Investigación o Comité Ético de experimentación animal, en el año de referencia, cuyo investigador principal pertenezca a la institución.</p> <p>Proyectos activos: número de proyectos obtenidos en convocatorias abierta, en concurrencia competitiva (pública o privada), activos en algún momento del año de referencia.</p> <p>Proyectos nuevos: número de proyectos de investigación obtenidos durante el año en convocatoria abierta, en concurrencia competitiva (pública o privada), por los hospitales del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.</p>
<b>META</b>	<b>Tendencia estable o ascendente.</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá al mejor resultado dentro del grupo de comparación. A partir de ese valor de excelencia, se evaluará la tendencia del resultado aplicando al valor total de la puntuación, el porcentaje de aproximación al mejor resultado.

<b>INDICADOR</b>	<b>Nº ACTIVIDADES REALIZADAS INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2021</b>
<b>CÓDIGO</b>	CIIF2021003
<b>FÓRMULA</b>	(Nº absoluto de actividades formativas realizadas durante 2021-nº absoluto de actividades formativas realizadas durante 2019)*100/ Nº absoluto de actividades formativas realizadas durante 2019
<b>FUENTE</b>	DG de Planificación, Formación e Investigación + Copia del Plan de Formación de cada centro
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>META</b>	<b>Tendencia estable o ascendente</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá al aumento o mantenimiento del número de acciones formativas realizadas.</p> <p>En resultados de disminución, se aplicará el porcentaje de reducción respecto al año anterior al valor total del indicador, siendo el límite de cumplimiento 0=80%.</p>



<b>INDICADOR</b>	<b>PORCENTAJE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y PLANIFICADAS EN FORMATO ONLINE, RESPECTO AL TOTAL DE ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL CENTRO SANITARIO</b>
<b>CÓDIGO</b>	CIIF2021007
<b>FÓRMULA</b>	Actividades realizadas en formato online incluidas en el PFC 2021 del centro sanitario * 100 / total de actividades realizadas incluidas en el PFC 2021 del centro sanitario.
<b>FUENTE</b>	DG de Planificación, Formación e Investigación + Copia del Plan de Formación de cada centro.
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>META</b>	<b>Tendencia estable o ascendente</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá al aumento o mantenimiento del número de acciones formativas realizadas.</p> <p>En resultados de disminución, se aplicará el porcentaje de reducción respecto al año anterior al valor total del indicador, siendo el límite de cumplimiento 0=80%.</p>

<b>INDICADOR</b>	<b>FOMENTAR EL PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LOS PROFESIONALES (PPEPS)</b>
<b>CODIGO</b>	CIIF2021004
<b>FÓRMULA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Número de profesionales del centro que han participado en PPEPS.</li> <li>Número de proyectos de mejora.</li> </ol>
<b>FUENTE</b>	Autodeclarativo. Memoria de participación en PPEPS por parte de cada centro.
<b>OBSERVACIONES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se incluirán cualquiera de las iniciativas del PPEPS. Incluye los códigos y cualquier otra iniciativa de mejora de gestión clínica participada por profesionales (incluido el personal directivo, mandos intermedios y profesionales asistenciales y no asistenciales).</li> <li>Cualquier proyecto realizado en el centro como caso de éxito que se considere exportable al conjunto del SERMAS. No es precisa su aceptación posterior ni su aplicación para su valoración positiva.</li> </ol>
<b>META</b>	<b>1 o más profesionales; 1 o más proyectos.</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Dada que se considera suficiente la participación de 1 solo profesional por centro y de un solo proyecto, se valorarán ambos de forma independiente como Conseguido/no conseguido.

<b>INDICADOR</b>	<b>REALIZACIÓN DEL PLAN DE ELASTICIDAD DE APOYO A LA HOSPITALIZACIÓN</b>
<b>CODIGO</b>	
<b>FÓRMULA</b>	Realización del plan de elasticidad de apoyo a la hospitalización en contexto de incremento/decremento de demanda
<b>FUENTE</b>	Autodeclarativo. Presentación del plan
<b>OBSERVACIONES</b>	incluye la propuesta por parte de los centros de planes de la adecuación para apoyo a la hospitalización (profesionales, estructurales y materiales) disponibles adaptados a la situación epidemiológica derivada de la covid-19.
<b>META</b>	<b>Realizado</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Realizado/no realizado.

<b>INDICADOR</b>	<b>REALIZAR EL PLAN DE RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>
<b>CODIGO</b>	CIIF2021006
<b>FÓRMULA</b>	Realización del plan de recuperación de actividad quirúrgica, diagnóstica y de consultas externas.
<b>FUENTE</b>	Autodeclarativo. Presentación del plan.
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>META</b>	<b>Realizado</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	Realizado/no realizado.

- **CATALOGO DE OBJETIVOS**

<b>OTROS OBJETIVOS DIRECTIVOS</b>
Estos indicadores hacen referencia a objetivos propuestos por las diferentes direcciones generales y serán igualmente objeto de seguimiento por lo que, aunque no computen en la evaluación de los objetivos de centro, se consideran igualmente de interés y se aconseja que la respectiva dirección a la que aplica se haga cargo de su cumplimiento.
<b>SOSTENIBILIDAD</b>
Adhesión a los criterios de selección para la cobertura de plazas.
Ahorro derivado del uso del acuerdo marco.
Funcionamiento de la bolsa única centralizada.
Número de contratos menores.
Número de pacientes derivados en transporte sanitario a centros concertados dentro de su zona de referencia.
Número de transporte sanitario por prestación: "extracciones y curas".
Plan de autoprotección, vigilancia de la salud y evaluación de riesgos psicosociales.
Porcentaje de desviación del capítulo 6.
Porcentaje de ingresos por libre de elección/porcentaje de gasto por libre elección.
Porcentaje del gasto de la contratación menor respecto al total de expedientes de contratación.
Proyecto magma RRHH.
Cumplimentación correcta de la base de datos que recoge los campos relativos al reconocimiento de niveles de la carrera profesional.
Cumplimentación y ejecución de la Planificación de la Actuación Preventiva Anual para cada Gerencia.
Constitución de la Unidad de referencia para la atención al trabajador objeto de agresión.
<b>PROCESOS ASISTENCIALES</b>
Despliegue del sistema de gestión ambiental.
Brotos de origen hospitalario.
Fallecimientos en hospital por 1.000 pacientes en GRDs con mortalidad menor de 0,5%.
Incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica órgano espacio de los procedimientos de vigilancia obligatoria.
Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria.
<b>ORIENTACIÓN PERSONAS</b>
Existencia del comité de pacientes.
Número de actuaciones transversales de humanización diseñadas o implementadas.
Número de pacientes enrolados en el programa del paciente activo en 2021.
Porcentaje de actividades de la Escuela Madrileña de Salud difundidas en el centro.
Porcentaje de conflictos éticos en los que se ha seguido la recomendación del comité de ética para la asistencia sanitaria (CEAS) del hospital.
Presencia de los pacientes/ciudadanía en los comités del hospital.

<b>Ratio de informes de salud de pacientes a familiares autorizados.</b>
<b>INNOVACIÓN Y MEJORA</b>
<b>Nº de ensayos clínicos independientes nuevos.</b>
<b>Nº de ensayos clínicos nuevos.</b>
<b>Nº de grupos en redes, ciber y plataformas nacionales.</b>
<b>Nº de proyectos activos.</b>
<b>Nº de registros de propiedad intelectual.</b>
<b>Cumplimiento de presupuesto actividades realizadas dentro del PFC 2021.</b>
<b>Porcentaje de actuaciones desarrolladas para la mejora de la cooperación sanitaria.</b>
<b>Porcentaje de cumplimiento del observatorio de resultados .</b>
<b>Consolidación de la cultura de excelencia y la aplicación del modelo EFQM.</b>
<b>Desarrollo de actuaciones para la implantación, actualización y mejora de los sistemas gestión ambiental (SGA).</b>
<b>Existencia de "referentes de humanización".</b>
<b>Revisión y mejora observatorio de resultados.</b>

## OBJETIVOS MULTISERVICIO

Estos indicadores hacen referencia a objetivos que afectan a más de un servicio, por lo que pueden ser reiterativos en diferentes servicios. Cada centro los tendrá en cuenta en los acuerdos de gestión con los servicios a los que apliquen.

### SOSTENIBILIDAD

Porcentaje de hospitalizaciones por complicaciones diabéticas evitables.

Prescripción de principios activos con EFG\*

Porcentaje de pacientes con insulina glargina biosimilar, enoxaparina biosimilar, teriparatida biosimilar\*

Porcentaje de pacientes NAIVE en tratamiento con Infliximab, Etanercept y Adalimumab biosimilar\*

Porcentaje de pacientes TOTALES en tratamiento con Rituximab, Trastuzumab y Bevacizumab intravenoso biosimilar\*

### PROCESOS ASISTENCIALES

Porcentaje de infecciones nosocomiales en todos los pacientes.

Aplicación del procedimiento del subproceso alta a partir de los resultados del grupo de proceso de hospitalización en el marco del PPEPS.

Autoevaluación y mejora de la higiene de manos.

Casos de hematoma o hemorragia por 1.000 altas quirúrgicas.

Casos de nueva sutura por apertura postquirúrgica de la pared abdominal por 1.000 casos de cirugía.

Casos de reacciones transfusionales por 1.000 altas.

Casos de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar por 1.000 altas quirúrgicas.

Cirugía de sitio equivocado.

Cumplimiento del protocolo del tratamiento del dolor.

Estancia media bruta y depurada de los episodios con diagnósticos que más estancias consumen.

Implantación del listado de verificación quirúrgica.

Infección de herida.

Infección secundaria a atención sanitaria.

Mortalidad por Neumonía.

Nº de registros de la herramienta NECPAL realizada a Pacientes Crónicos Complejos (PCC) adultos atendidos en los servicios hospitalarios implicados.

Nº de pacientes con registro del diagnóstico de necesidades paliativas (CIE10 Z51.5) entre los pacientes atendidos en los servicios implicados.

Percepción del control del dolor por parte del paciente.

Porcentaje de envases de amoxicilina sin ac. Clavulánico en pacientes de 15-64 años\*

Porcentaje de pacientes con medición del dolor como quinta constante .

Porcentaje de pacientes crónicos con Nivel de Intervención Alto con especialista hospitalario de referencia asignado.

Prevalencia del uso de antibióticos en población de 15 a 64 años\*

Porcentaje de pacientes mayores de 15 años con VIH tratados y con carga viral Indetectable*
Porcentaje de unidades que cumplen medidas del proyecto infección quirúrgica zero (IQZ).
Protocolizar tratamiento del dolor.
Readmisión no programada por fallo cardíaco y shock o condición relacionada.
Readmisión por Neumonía simple.
Readmisión post-Cirugía Mayor Ambulatoria.
Reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días.
Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días restringidos a diagnósticos CIE detallados.
Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días.
Selección tratamiento más eficiente en monoinfectados hepatitis C*
Selección tratamiento más eficiente en coinfectados hepatitis C*
Sepsis postoperatoria.
Tasa de cumplimentación correcta del registro del código ictus.
Tasa de cumplimentación correcta del registro del código infarto.
Tasa de embolismo pulmonar masiva o trombosis venosa profunda tras intervenciones quirúrgicas.
Tasa de Mortalidad peri operatoria.
Tasa de reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días.
Tasa de reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días.
Índice de ambulatorización quirúrgica.
Porcentaje de suspensión quirúrgica.
Realización de cribado de HIV en pacientes en los que está indicado.
<b>ORIENTACIÓN PERSONAS</b>
Acciones formativas dirigidas a los profesionales, orientadas a evitar el uso de sujeciones.
Disponibilidad y aumento del número de visitas consulta no presencial (eConsulta).
Número de acciones formativas en coordinación con la Escuela Madrileña de Salud (EMS).
Porcentaje de derivaciones con sospecha de malignidad (SM) citadas en menos de 15 días
Porcentaje de derivaciones con VPE valoradas en menos de 10 días.
Porcentaje de pacientes que fallecen en habitación individual acompañados por sus familiares/allegados.
Porcentaje de protocolos de sujeciones físicas y químicas revisados y actualizados en 2021.
Porcentaje de protocolos implantados por unidades/servicios para la aplicación excepcional de sujeciones físicas y químicas.
Porcentaje de Servicios hospitalarios con oferta abierta a los centros de salud de referencia que ofertan alguna prestación de eConsulta.
Porcentaje de sujeciones físicas registradas .
Realización de acciones formativas dirigidas a personas cuidadoras para evitar el uso de sujeciones .



### INNOVACIÓN Y MEJORA

**Promoción de la responsabilidad social sociosanitaria (RSS).**

**Nº de comunicaciones presentadas en congresos / jornadas de carácter científico en el año de evaluación.**

**Nº de profesionales distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación financiados a través de convocatorias competitivas de ayudas a la investigación y/o en revisiones sistemáticas.**

**Nº de profesionales distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación sin financiación externa.**

**Nº de publicaciones de originales, no originales, libros o capítulos del libro en el año en curso.**

**Número de acciones de mejora (orientadas a cuidar al profesional).**

**Porcentaje de acciones de humanización implementadas a propuesta de los profesionales.**

**Profesionales no sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización.**

**Profesionales sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización.**

**Propuesta e inclusión en el repositorio común de "iniciativas que humanizan".**

*\* Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitalares*

## 2021 **OBJETIVOS DE SERVICIO**

Estos indicadores hacen referencia a objetivos que corresponden a servicios concretos. Cada centro los tendrá en cuenta en los acuerdos de gestión de los diferentes servicios y unidades a los que apliquen.

### **SOSTENIBILIDAD**

Desviación del gasto de farmacia hospitalaria en patologías de alto impacto económico respecto de la media de costes del conjunto del SERMAS.

Desviación del gasto de material protésico en cardiología respecto de la media de costes del conjunto del SERMAS en material protésico de cardiología.

### **PROCESOS ASISTENCIALES**

Porcentaje de reintervenciones de artroplastia total de cadera antes de 2 años.

Casos de sobredosis anestésica, reacción, o pérdida del tubo endotraqueal por 1.000 altas quirúrgicas.

Casos de traumatismo en el nacimiento, lesión a neonatos por 1000 nacidos vivos.

Complicaciones de anestesia.

Cumplimiento de los objetivos de tiempo asociados al triaje.

Densidad de incidencia de ITU en pacientes con SV por 1000 días de dispositivo.

Eventos adversos ocurridos antes de 30 días tras artroplastia de rodilla o cadera.

Mortalidad en angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Mortalidad por complicaciones respiratorias que requieren de ventilación asistida (ventilación mecánica).

Mortalidad por craneotomía (excepto trauma).

Neumonía en pacientes con ventilación mecánica.

Nº de camas con monitorización central en los SUH.

Nº de camas de observación en relación a los pacientes atendidos niveles I, II y III.

Número de días al año con pacientes pendientes de ingreso a las 8:00.

Pacientes con infarto agudo de miocardio a los que se les ha prescrito beta bloqueantes al alta.

Participación de profesionales implicados en el código ictus.

Neumotórax iatrógeno por colocación de vía central.

Porcentaje de complicaciones quirúrgicas en los primeros 30 días tras colecistectomía programada.

Porcentaje de pacientes que adquieren una bacteria multirresistente (BMR) en UCI.

Readmisión en unidad de cuidados intensivos.

Readmisión en urgencias en las primeras 72 horas.

Readmisión por tratamiento post-fractura de cadera.

Reintervenciones de bypass de arteria coronaria con injerto en menos de 6 meses desde el alta.

Repetición de ACTP antes de 30 días tras el alta.

Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles.
Tasa de cesáreas tras excluir los partos con alto riesgo de cesárea.
Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por IAM en las primeras 24-48 horas.
Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio durante 30 días de ingreso en el mismo hospital.
Tasa de mortalidad hospitalaria por infarto de miocardio en adultos.
Tasa de mortalidad por cirugía de fractura de cadera (en > de 65 años).
Tasa de mortalidad por cirugía de revascularización coronaria.
Tasa de mortalidad por cirugía general.
Citación precoz de pacientes con riesgo suicida en Centro de Salud Mental (citación ARSUIC).
Accesibilidad a primera consulta en Centro de Salud Mental.
Atención a las personas con trastorno mental común en cada Servicio/Área de gestión de Psiquiatría y Salud Mental.
Contacto del paciente con Trastorno Mental Grave en Continuidad de Cuidados con el Centro de Salud Mental.
Donantes válidos en el año.
Porcentaje de donantes de tejidos.
<b>ORIENTACIÓN PERSONAS</b>
Disponibilidad y actividad de consultas externa en los servicios de cuidados paliativos.
Porcentaje de derivaciones con sospecha de malignidad (SM) citadas en menos de 15 días.
Porcentaje de solicitudes de inscripción de instrucciones previas presentadas en el hospital e inscritas en el registro de instrucciones previas de la consejería de sanidad.
Unidades de neonatos con protocolo específico de duelo perinatal implementado.
Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes.
Realizar las actuaciones individuales que se requieran desde el proyecto MAGMA y ajustarse al calendario establecido para la nómina.
Inclusión inmediata de los nuevos candidatos en las bolsas de trabajo profesionales.
Remisión de la información solicitada para la resolución de los recursos de la bolsa de trabajo en el plazo establecido.
Realizar los procesos de movilidad interna en los plazos establecidos.
Comunicar las penalizaciones a los candidatos.
Adjudicar correctamente los nombramientos superiores a seis meses y de interinidad.
Correcta comunicación a la DGRRHH por parte de la Gerencia del cumplimiento de las sanciones disciplinarias.
Recursos en vía administrativa y judicial: remisión correcta y en plazo de la documentación requerida en recursos administrativos y en vía judicial.
Prolongación de la permanencia en el servicio activo : remisión correcta y en plazo de la documentación necesaria para la resolución de la prolongación o prorroga.
<b>INNOVACIÓN Y MEJORA</b>

<b>Porcentaje de pacientes con CIPA que han recibido atención en el centro sanitario respecto al total de pacientes atendidos.</b>
<b>Nº de publicaciones indexadas.</b>
<b>Registro de Actividades de Tratamiento de Datos en relación a las medidas para el derecho y libertades de los ciudadanos.</b>
<b>Informes de ejercicio de derechos de los ciudadanos en materia de protección de datos.</b>
<b>Mitigación de las vulnerabilidades encontradas en la auditoría de seguridad de los Sistemas de Información.</b>
<b>Implementación de las consideraciones indicadas en informes de análisis preliminar de viabilidad en Seguridad de los Sistemas de Información.</b>
<b>Mantenimiento y actualización del inventario de aplicaciones departamentales y electromedicina.</b>
<b>Realización de auditoría de un sistema de información principal de historia clínica.</b>
<b>Realización de auditoría de un sistema departamental.</b>
<b>Realización de auditoría de Horus Track.</b>
<b>Emisión del Informe Nacional del Estado de Seguridad.</b>
<b>Cumplimiento del mantenimiento de los perfiles informáticos de los profesionales.</b>
<b>Porcentaje de Sistemas de Información Sanitaria (SIS) que utilizan el CIPA como identificador del paciente respecto al total de Sistemas de Información Sanitaria (SIS) del centro sanitario.</b>

## **OBJETIVOS COLECTIVO ENFERMERIA**

Estos indicadores hacen referencia a objetivos que aplican especialmente al colectivo de enfermería. Cada centro los tendrá en cuenta en los acuerdos de gestión de los diferentes servicios y unidades a los que apliquen.

### **PROCESOS ASISTENCIALES**

Porcentaje de pacientes ingresados mayores de 70 años con Valoración Nutricional mediante escala validada.

Porcentaje de doble firma de enfermera en la administración de medicamentos citostáticos o terapia celular.

Casos por úlceras de decúbito por 1.000 altas con estancia superior a 4 días.

Comunicación de efectos adversos.

Porcentaje de pacientes que desarrollan UPP tras resultado de riesgo en la valoración.

Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias.

Incidentes de error en la administración de hemoderivados.

Planes de mejora frente a incidentes de seguridad.

Porcentaje de pacientes con riesgo de caídas que tienen un plan de cuidados encaminado a la prevención de caídas.

Porcentaje de pacientes con EVA<3.

Porcentaje de pacientes con úlceras por presión categoría 2, 3 y 4 desarrolladas durante el ingreso en pacientes con estancias hospitalarias de más de dos días .

Porcentaje de pacientes ingresados con valoración del riesgo de caídas mediante escala validada de riesgo de caídas.

Porcentaje de pacientes ingresados con valoración del riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) mediante escala validada de riesgo de UPP.

Porcentaje de pacientes con valoración de enfermería al ingreso con estancia > 48 horas.

Porcentaje de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso.

### **ORIENTACIÓN PERSONAS**

Existencia de protocolo de prevención de ruido nocturno en hospitalización pediátrica.

Porcentaje de pacientes con ICE al alta con formato RD 1093/2010, de 3 de septiembre.

Porcentaje de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso.

### **INNOVACIÓN Y MEJORA**

Profesionales que desarrollan actividad investigadora.

Profesionales formados en metodología enfermera.

Profesionales que dan a conocer su producción científica.

## OBJETIVOS HOSPITALES MEDIA ESTANCIA

Estos indicadores hacen referencia a objetivos que aplican especialmente a los hospitales de media estancia. Cada centro los tendrá en cuenta en los acuerdos de gestión de los diferentes servicios y unidades a los que apliquen.

Índice de ocupación de rehabilitación no neurológica.

Porcentaje de pacientes ingresados en rehabilitación no neurológica a los que se les realiza una valoración funcional en las primeras 24 horas.

Porcentaje de pacientes ingresados en rehabilitación no neurológica a los que se les realiza una valoración funcional en las primeras 24 horas.

Porcentaje de pacientes ingresados en unidad de rehabilitación no neurológica que comienzan tratamiento rehabilitador en <72h tras ingreso.

Porcentaje de pacientes ingresados en unidad de rehabilitación neurológica que comienzan tratamiento rehabilitador en <72h tras ingreso.

Índice de ocupación de rehabilitación neurológica.

Índice de ocupación de rehabilitación no neurológica.

Estancia media depurada en rehabilitación neurológica.

Estancia media depurada en rehabilitación no neurológica / funcional.

Estancia media ajustada por la casuística del estándar (EMAC).

Estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar (EMAF).

Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida.

Densidad de incidencia de casos en vigilancia con infección por microorganismos multirresistentes (MMR) de adquisición hospitalaria.

Prevalencia de infección relacionada con la atención sanitaria.

Autoevaluación y mejora de la higiene de manos.

Porcentaje de pacientes que presenta efectos adversos (riesgos alérgicos, interacciones medicamentosas relacionados con tratamientos medicamentosos)

Prescripción de principios activos con EFG\*

Porcentaje de pacientes con insulina glargina biosimilar, enoxaparina biosimilar, teriparatida biosimilar\*

NPS (net promoter score).

Índice de ocupación de unidad de cuidados paliativos.

Estancia media depurada en unidad de cuidados paliativos.

Porcentaje de pacientes ingresados en cuidados paliativos con medición del dolor  $\geq 4$ .

Índice de ocupación de unidad de cuidados continuos.

\*Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2021.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

Estos indicadores hacen referencia a objetivos que aplican especialmente a los hospitales con la especialidad de pediatría en su cartera de servicios. Cada centro los tendrá en cuenta en los acuerdos de gestión de los diferentes servicios y unidades a los que apliquen.

Aumentar el nº de especialidades con consultas de transición a la edad adulta.

Aumentar el nº de protocolos de derivación de población pediátrica con Atención Primaria.

Adecuación de productos farmacéuticos a la realidad pediátrica.

Puesta en marcha de protocolos para la administración de medicamentos en pacientes pediátricos.

Implementación de protocolos y procedimientos para asegurar la trazabilidad en la prescripción elaboración y dispensación de medicamentos en pacientes pediátricos

Elaborar un protocolo de prevención de ruido nocturno en hospitalización pediátrica.

Elaborar un protocolo de visitas en hospitalización pediátrica contemplando la peculiaridad de este tipo de paciente.

Incrementar la realización de la valoración de enfermería al ingreso del paciente pediátrico.

Implantación de guía específica para ingreso de pacientes pediátricos. Independiente de la general del hospital.

Adecuación específica de salas de espera para pacientes pediátricos y acompañantes.

Adecuación específica hospitales de día para pacientes pediátricos y acompañantes.

Implantación de procesos de eficacia en citaciones. Agrupando y gestionando diversas citas por la singularidad del paciente pediátrico.

Mejora en los procesos de información a padres o tutores.

Mejora en el cumplimiento de la ley de protección de datos en especial al tratarse de menores de edad.

Guía general de actuación frente a familias con cónyuges separados, divorciados o con relaciones especiales.

Adecuación de rendimientos a la realidad del paciente pediátrico, tiempo de consulta, intervención quirúrgica, hospitalización, estancia media, etc.

## ANEXO 2. RECURSOS HUMANOS Y MEDIOS ESTRUCTURALES

H. CENTRAL DE LA CRUZ ROJA							
		EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	GUARDIAS	Total general
		FIJO	INTERINO	EVENTUAL			
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA	83	41	7	131	1	132
	ENFERMERO/A	90	80	32	202		202
	FISIOTERAPEUTA	10	13		23		23
	PROFESOR DE LOGOFONIA - LOGOPEDA		2		2		2
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	4		6		6
<b>Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA</b>		<b>185</b>	<b>140</b>	<b>39</b>	<b>364</b>	<b>1</b>	<b>365</b>
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA	1	1		2		2
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO	2	2	5	9		9
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	1	1		2		2
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN RADIOLOGICO	4	4	6	14		14
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	70	67	22	159		159
	AUXILIAR DE FARMACIA		1	1	2		2
<b>Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL</b>		<b>78</b>	<b>76</b>	<b>34</b>	<b>188</b>		<b>188</b>
P. GESTION Y SERV.	GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	3		1	4		4
	INGENIERO SUPERIOR	1			1		1
	TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		1		1		1
	GRUPO DE GESTION DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	5	1		6		6
	TRABAJADOR SOCIAL	3	1	1	5		5
	COCINERO	1	3		4		4
	GRUPO ADMINISTRATIVO	6	1		7		7
	TECNICO ESPECIALISTA EN SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		2		2		2
	CARPINTERO		1		1		1
	COSTURERA		1		1		1
	ELECTRICISTA	1	7		8		8
	FONTANERO		8		8		8
	GOBERNANTA		3		3		3
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	33	45	3	81		81
	MECANICO	1	1		2		2
	TELEFONISTA		3		3		3
	CELADOR	40	38	13	91		91
	LAVANDERA	1	2		3		3
	LIMPIADORA	1			1		1
PINCHE	1	23	4	28		28	
<b>Total P. GESTION Y SERV.</b>		<b>97</b>	<b>141</b>	<b>22</b>	<b>260</b>		<b>260</b>
<b>Total general</b>		<b>360</b>	<b>357</b>	<b>95</b>	<b>812</b>	<b>1</b>	<b>813</b>



GERENCIA	H. CENTRAL DE LA CRUZ ROJA
----------	----------------------------

ESPECIALIDAD	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	GUARDIAS	Total general
	FIJO	INTERINO	EVENTUAL			
ALERGOLOGIA	2	2		4		4
ANALISIS CLINICOS		1		1	1	2
ANATOMIA PATOLOGICA	1			1		1
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	12	6		18		18
ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	1	5		6		6
APARATO DIGESTIVO	3			3		3
CARDIOLOGIA	2	1		3		3
CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	7	4		11		11
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	7	2		9		9
CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y REPARADORA	5			5		5
CUIDADOS PALIATIVOS	1			1		1
DERMATOLOGIA MEDICOQUIRURGICA Y VENEREOLOGIA	2			2		2
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	1			1		1
ESTOMATOLOGIA		1		1		1
FARMACIA HOSPITALARIA	2	1	1	4		4
GERIATRIA	9	4	2	15		15
HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	1	1		2		2
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	4		5		5
MEDICINA INTERNA	5		1	6		6
MEDICINA NUCLEAR		1	1	2		2
MEDICINA PREVENTIVA Y DE LA SALUD PUBLICA	2			2		2
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA			1	1		1
NEUMOLOGIA	2			2		2
NEUROFISIOLOGIA CLINICA		1		1		1
NEUROLOGIA	2	1		3		3
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1	1		2		2
OFTALMOLOGIA	8			8		8
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	2		3		3
PSICOLOGIA CLINICA	1		1	2		2
PSIQUIATRIA		1		1		1
RADIODIAGNOSTICO	3	1		4		4
UROLOGIA	1	1		2		2
<b>Total general</b>	<b>83</b>	<b>41</b>	<b>7</b>	<b>131</b>	<b>1</b>	<b>132</b>

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA "SAN JOSÉ Y SANTA ADELA"

**PUESTOS DIRECTIVOS**

CATEGORIA	Total
SUBDIRECTOR GESTIÓN SS. GG. AS. HOS. N - II	2
DIRECTOR ENFERMERÍA AT. HOS. N - II	1
DIRECTOR GERENTE AT. HOS. N - II	1
DIRECTOR GESTIÓN / DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS N - II	1
DIRECTOR MÉDICO AT. HOS. N - II	1
SUBDIRECTOR ENFERMERÍA AS. HOS. N - II	1
SUBDIRECTOR MÉDICO AS. HOS. N - II	1
<b>Total general</b>	<b>8</b>

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA "SAN JOSÉ Y SANTA ADELA"

**MANDOS INTERMEDIOS**

CATEGORIA	Total
SUPERVISORES/AS DE ÁREA FUNCIONAL	2
SUPERVISORES/AS DE UNIDAD	12
JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	1
JEFE DE SERVICIO NS	5
JEFE DE SERVICIO	5
JEFE DE SECCIÓN NS	4
JEFE DE SECCIÓN	12
JEFE DE GRUPO	7
ENFERMERO/A JEFE DEL SERV. ATENC. PACIENTE	1
JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO	1
<b>Total general</b>	<b>50</b>

ESPECIALIDAD / CATEGORÍA	DISPONIBLE	DOCENCIA	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	HOSPITALIZACIÓN ESPECIAL	CONSULTAS EXTERNAS	PUEBAS DIAG. Y TER.	HOSPITAL DE DÍA	CIRUGÍA CON INGRESO	CIRUGÍA AMBULATORIA	ATENCIÓN CONTINUADA
ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	SI									
ALERGOLOGÍA	SI		SI		SI		SI			
ANÁLISIS CLÍNICOS	SI					SI				
ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI					SI				
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	SI		SI		SI		SI	SI	SI	F
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	SI		SI		SI		SI	SI	SI	
APARATO DIGESTIVO	SI		SI		SI	SI	SI			
BIOQUÍMICA	SI					SI				
CARDIOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI			
CIRUGÍA CARDIACA										
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	SI		SI		SI		SI	SI	SI	
CIRUGÍA MAXILOFACIAL										
CIRUGÍA PEDIÁTRICA										
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	SI				SI		SI	SI	SI	
CIRUGÍA TORÁCICA										
DERMATOLOGÍA MEDICO-QUIRÚRGICA	SI		SI		SI		SI	SI	SI	
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICIÓN	SI		SI		SI		SI			
FARMACIA HOSPITALARIA	SI									
FARMACOLOGÍA CLÍNICA										
GERIATRÍA	SI	SI	SI							
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	SI		SI		SI	SI	SI			
INMUNOLOGÍA						SI				
MEDICINA DEL TRABAJO	SI									
MEDICINA INTENSIVA	SI			SI						F
MEDICINA INTERNA	SI		SI		SI		SI			F
MEDICINA NUCLEAR	SI		SI			SI				
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	SI	SI								
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	SI					SI				
NEFROLOGÍA	0									
NEUMOLOGÍA	SI		SI		SI		SI			
NEUROCIRUGÍA										
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	SI					SI				
NEUROLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI			
OBSTETRICÍA Y GINECOLOGÍA	SI		SI							
OFTALMOLOGÍA	SI	SI	SI		SI	SI	SI	SI	SI	
ONCOLOGÍA MÉDICA										
ONCOLOGÍA RADIOTRERÁPICA										
OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	SI	SI	SI	
PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS										
PSICOLOGÍA CLÍNICA										
PSIQUIATRÍA										
RADIODIAGNÓSTICO	SI					SI				
RADIOFÍSICA										
REHABILITACIÓN	SI		SI		SI		SI			
REUMATOLOGÍA					SI		SI			
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI		SI		SI		SI	SI	SI	
URGENCIAS										
UROLOGÍA	SI		SI		SI	SI		SI	SI	

HOSPITAL	
H. CENTRAL CRUZ ROJA	
Descripción Estructura/Equipamiento	Número
Camas funcionantes	129
Total Nº quirófanos	9
Nº paritorios	0
Nº locales de Consulta Hospital	42
Nº locales de Consulta CEP	10
Total Nº puestos hemodiálisis hospital	0
Nº puestos Hospital de Día Onco-hematológico	0
Nº puestos Hospital de Día SIDA	0
Nº puestos Hospital de Día Geriátrico	18
Nº puestos Hospital de Día Psiquiátrico	0
Nº puestos Hospital de Día Otros Médicos	15
Nº puestos Hospital de Día Quirúrgicos	8
Nº Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico	2
Nº Ecógrafos Servicio de Cardiología	0
Nº Ecógrafos Otros servicios del hospital	15
Nº Mamógrafos digitales	1
Nº Angiografos digitales Radiodiagnóstico	0
Nº Resonancia Magnética	0
Nº Tomografía Computarizada helicoidal	1
Nº Salas Convencionales Radiodiagnóstico	2
Nº Telemandos Radiodiagnóstico	1
Nº Arco multifuncional Radiodiagnóstico	1
Nº Equipos Radioquirúrgicos	0
Nº Litotritores	0
Nº Salas Hemodinámica	0
Nº Gammacamars	1
Nº Aceleradores Lineales	0
Nº Planificadores	0
Nº Simuladores	0
Densitómetros	0
Ortopantomógrafos	1
Quirófanos Instalados Hospital	9
Quirófanos Instalados CEP	0
Puestos Hemodiálisis No Infecciosos	0
Puestos Hemodiálisis Infecciosos	0
P.E.T.	0
Ecocardiografos	2
Equipos Ergometría	0
Holter Electrocardiograma	6
Holter Tensión	2
Salas Endoscopias	2
GastroscoPIO / Esofagoscopios	2
Colonoscopios / Rectoscopios	3
Polisomnógrafos	0
Electroencefalógrafos	1
Vídeo EEG	0
Electromiógrafos	1
Equipos Potenciales Evocados	1