



Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



# Contrato Programa con la Gerencia del Hospital Dr. Rodríguez Lafora

**07 de febrero de 2022**



La autenticidad de este documento se puede comprobar en [www.madrid.org/csv](http://www.madrid.org/csv)  
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1037720891930806514525**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>II. MARCO NORMATIVO</b>	<b>2</b>
<b>III. MARCO ESTRATÉGICO</b>	<b>4</b>
<b>IV. CONSIDERACIONES GENERALES</b>	<b>5</b>
<b>V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO</b>	<b>9</b>
<b>VI. ANEXO I - FICHAS DE INDICADORES</b>	<b>11</b>
1. PERSPECTIVA DE SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	11
2. PERSPECTIVA DE ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	14
3. PERSPECTIVA DE MEJORA DE PROCESOS	19
4. PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	24
<b>VII. ANEXO II – RRHH / CARTERA DE SERVICIOS / EQUIPAMIENTO</b>	<b>29</b>
1. RR.H.H.	29
2. CARTERA DE SERVICIOS	31
3. EQUIPAMIENTO	32



## I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

## II. MARCO NORMATIVO

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



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

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

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



### III. MARCO ESTRATÉGICO

El Marco Estratégico del Servicio Madrileño de Salud fue aprobado en Comisión de Dirección en diciembre de 2020, y posteriormente, ratificado en octubre de 2021.

En él, se recogen las líneas estratégicas a desarrollar en los próximos años, agrupadas en las grandes áreas de actuación (perspectivas) que se definen en el Cuadro de Mando Integral, y que, según una lógica causa-efecto, impulsan a una organización, en este caso, al Servicio Madrileño de Salud:

#### PERSPECTIVA MISIÓN:

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

#### PERSPECTIVA RESULTADO FINANCIERO:

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

#### PERSPECTIVA RESULTADO CLIENTES:

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

#### PERSPECTIVA PROCESOS:

- Avanzar en excelencia con procesos bien definidos, normalizados, evaluables y en mejora continua alineados con los valores de responsabilidad social corporativa.
- Impulsar la cogobernanza como instrumento de generación de visión estratégica, comunicación eficaz y participación corresponsable en la toma de decisiones y mejora de la eficiencia.
- Integrar la coordinación sociosanitaria en los procesos asistenciales.



- Integrar la visión del ciudadano en el Servicio Madrileño de Salud promoviendo su participación activa y corresponsabilidad.
- Progresar en procesos asistenciales accesibles, integrados y orientados a generar valor impulsando la continuidad asistencial, el seguimiento natural del paciente y potenciar el uso de recursos en red.
- Rediseñar los procesos de atención y crecimiento dirigidos a los profesionales como principal activo del Servicio Madrileño de Salud.

### PERSPECTIVA INNOVACIÓN, FORMACIÓN Y APRENDIZAJE:

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

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

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

## IV. CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2022-2023 son los orientados conforme al marco estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, facilitando la libre elección de los ciudadanos de hospital y especialista. Así como, validar e implantar nuevos recursos, procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios, mediante una organización hospitalaria integrada en red, facilitando una ágil ordenación asistencial y con la máxima participación de los profesionales, mediante el impulso de acuerdos clínicos y posibles rediseños organizativos.

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

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



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

En virtud de lo señalado, el presente Contrato Programa 2022 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Hospital Dr. Rodríguez Lafora y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

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

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

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

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

El Hospital Dr. Rodríguez Lafora dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, de acuerdo con el detalle que aparece en el apartado VII y que será ofertada a todos los ciudadanos susceptibles de ser atendidos por un centro monográfico de atención en Salud Mental.

A lo largo del año y con el fin de garantizar una mejor continuidad de cuidados, facilitar la transición de información clínica y alcanzar una mayor eficiencia en el transporte, se establecerán hospitales de referencia preferentes.

Así mismo, el Hospital Universitario José Germain alineará su estrategia con la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud, particularmente en lo relativo al Plan de Respuesta Asistencial prioritaria en Salud Mental en la post-crisis por coronavirus para reforzar y mejorar la canalización de las necesidades derivadas de la pandemia.

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Hospital Dr. Rodríguez Lafora los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del centro, conforme a la Ley de Presupuestos 2022.



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

<b>Capítulo I</b>	<b>Gastos de Personal</b>	<b>25.398.964 €</b>
	<b>Formación de Personal Sanitario</b>	<b>975.959 €</b>
<b>Capítulo II</b>	<b>Bienes Corrientes y de Servicios</b>	<b>2.136.594 €</b>

Los créditos asignados en Capítulo I, Gastos de Personal, comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato-Programa, dentro de los límites presupuestarios establecidos. En la dotación establecida para gastos de personal en el ejercicio 2022, se incluye el incremento del 2 % de las retribuciones del personal.

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2022 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha.

Esta cifra de efectivos no podrá superarse a lo largo del ejercicio, salvo durante el plazo de vigencia de las contrataciones realizadas para nuevas actuaciones especiales, que deberán ser expresamente autorizadas.

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.

Asimismo, el Servicio Madrileño de Salud facilitará al Hospital Dr. Rodríguez Lafora los recursos humanos y los medios estructurales conforme al detalle que de unos y otros figuran en el apartado VII del presente Contrato Programa.

Las necesidades de inversión en bienes de equipo y de capital (Capítulo VI) que surjan a lo largo del año serán puestas de manifiesto, mediante el procedimiento reglamentado por la Dirección del Hospital Dr. Rodríguez Lafora ante la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias y serán



aprobadas por el Servicio Madrileño de Salud en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

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

Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid a 07 de febrero de 2022.

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

D. Antonio Zapatero Gaviria

El Director Gerente del  
Hospital Dr. Rodríguez Lafora

D. Carlos Marfull Villena



## V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
<b>1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS</b> Ponderación: 35/100	1.1. Cumplir la asignación presupuestaria del Cap. I	DGRRHH	1. Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. I.	17
	1.2. Mejorar la gestión de RRHH	DGRRHH	2. Remisión de los distintos informes a RRHH, en tiempo y forma debidamente cumplimentados	2
		DGRRHH	3. Tasa de interinidad (Porcentaje)	1
	1.3. Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II	DGEFF	4. Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. II.	10
	1.4. Mejorar la eficiencia en medicamento de alto impacto	DGEFF	5. Índice Sintético de Eficiencia (Farmacia Hospitalaria)	2,5
		DGEFF	6. % Uso medicamentos Biosimilares	2,5
<b>2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS</b> Ponderación: 25/100	2.1. Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	DGHAP	7. % de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	2
		DGHAP	8. % de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	2
	2.2. Mejorar la atención y la autonomía del paciente	DGHAP	9. % de acciones desarrolladas de bioética asistencial	2
		DGHAP	10. % de acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones	2
	2.3. Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria.	DGHAP	11. % de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	3
		DGHAP	12. Implementación de un sistema de difusión de las actividades y recursos on line de EMS para profesionales	1
	2.4. Mejorar la accesibilidad a las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría	DGHIS	13. Índice de ocupación de psiquiatría de media estancia/agudos	4
		DGHIS	14. % de pacientes con riesgo suicida valorado	4
	2.5. Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes.	DGHIS	15. Índice de ocupación de psiquiatría de larga estancia	4
		DGSP	16. Cobertura de vacunación de gripe de personal sanitario	1
<b>3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS</b> Ponderación: 25/100	3.1. Mejora en la eficiencia y cuidados de los procesos de hospitalización	DGHIS	17. IEMA (Índice de Estancia Media Ajustada)	1
		DGHIS	18. % de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	2
	3.2. Optimizar los procesos de hospitalización psiquiátrica	DGHIS	19. Análisis de las sujeciones y planes de acción	1
		DGHIS	20.A Estancia media depurada en Unidad de Psiquiatría de media estancia entre 180 y 270 días (H. José Germain) 20.B Porcentaje de abandonos en programas de trastorno de la personalidad (H. Rodríguez Lafora)	2
	3.3. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales	DGHIS	21. % de informes de alta disponibles en HORUS en las 24 h. posteriores al alta	3
	3.4. movilizar de forma precoz a pacientes mayores de > 75 años ingresados en las plantas de hospitalización	DGCSS	22. Implementación programa movilización precoz que se desarrolle en cada hospital	4
	3.5. Reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y resistencias antimicrobianas	DGSP	23. Vigilancia staphylococcus aureus resistente a la metilina en hospitales (SARM)	3
		DGHAP	24. % de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	2
	3.6. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente	DGHAP	25. % de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	2
		DGHAP	26. % de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	1
3.7. Consolidar la gestión de la calidad	DGHAP	27. % de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	4	



PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
<b>4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN</b> <b>Ponderación: 15/100</b>	4.1. Identificar medidas de mejora en los procesos asistenciales promovidas por los profesionales	DGHIS	28. Número de proyectos de mejora elevados por los profesionales validados por las Direcciones Gerencias	3
	4.2. Garantizar la seguridad en el acceso a los sistemas de información y a los datos	DGSIES	29. Porcentaje de usuarios existentes en el Directorio Activo del centro con contrato vigente	1,5
	4.3. Mejorar el nivel de seguridad en el uso de los sistemas de información	DGSIES	30. Probabilidad e impacto de las posibles amenazas y vulnerabilidades de seguridad de carácter físico, lógico o ambientales en los sistemas	1,5
	4.4 Impulsar las tecnologías de la información en salud en línea con los objetivos estratégicos del SERMAS	DGIDD	31. Grado de impulso de iniciativas en materia TIC en línea con los objetivos estratégicos del SERMAS marcados por la DGSIES	1
	4.5 Impulsar la realización de actividades de formación continuada y potenciar el desarrollo de actividades en formato virtual dirigidas a los profesionales	DGIDD	32. % de ejecución del presupuesto destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2022 , gestionado por DG de Investigación, Docencia y Documentación.	2
		DGIDD	33. % de actividades formativas desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas), respecto al total de actividades desarrolladas dentro del Plan de Formación Continuada 2022, aprobado por la DG de Investigación Docencia y Documentación	2
	4.6 Potenciar la participación en proyectos de investigación.	DGIDD	34. Número de proyectos de investigación activos por cada 1.000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
		DGIDD	35. Número de investigadores en proyectos de investigación activos	2



La autenticidad de este documento se puede comprobar en [www.madrid.org/csv](http://www.madrid.org/csv) mediante el siguiente código seguro de verificación: **1037720891930806514525**

## VI. ANEXO I – FICHAS DE INDICADORES

### 1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

#### OBJETIVO 1.1: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAPÍTULO I

INDICADOR 1: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO I	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto computable 2022 a efectos del contrato programa 2022
<b>DENOMINADOR:</b>	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado para el año 2022
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
<b>COMENTARIOS:</b>	A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: gasto por Covid-19, gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el contrato programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc...
<b>META:</b>	<b>Resultado igual o inferior a 1 (100 %)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales asignando una puntuación del 100 % del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100 %. Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100 %. Para calcular el límite del resultado con el que se alcance una evaluación positiva se utilizará la media de cumplimiento de este objetivo por el conjunto de los centros.

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

INDICADOR 2: REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS, EN TIEMPO Y FORMA.	
<b>FÓRMULA:</b>	Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>COMENTARIOS:</b>	ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGRM y Fichas COVID-19 y remitir la información antes del día 28 de cada mes. ACCIÓN 2: Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes. ACCION 3: Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes. ACCION 4: Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes. Se valorará la calidad de la información remitida. Así mismo, se tendrá en consideración para la evaluación, la solicitud en tiempo y de forma expresa, de la demora en la entrega por parte del centro por circunstancias excepcionales
<b>META:</b>	<b>100%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Para cada una de las acciones será: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo.</li> <li>- Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.</li> </ul>



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

OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	
INDICADOR 4: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO II	
<b>FÓRMULA:</b>	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del Capítulo II
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto realizado en Capítulo II
<b>DENOMINADOR:</b>	Presupuesto asignado en Capítulo II
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
<b>COMENTARIOS:</b>	El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2022 y previa aprobación de la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias
<b>META:</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	1 o menos = cumplimiento 100% Valoración regresiva desde más de 1 hasta 1,02 Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.

OBJETIVO 1.4: MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO	
INDICADOR 5: ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA (Farmacia Hospitalaria)	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<u>Acción 1:</u> Consumo de medicamentos, dietoterapia y productos sanitarios gestionados por el Servicio de Farmacia). a precio medio contable de todas las unidades hospitalarias que atienden a pacientes hospitalizados en el periodo analizado. <u>Acción 2:</u> Valor contable de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado (teniendo en cuenta abonos contables) <u>Acción 3:</u> Nº de unidades adquiridas de medicamentos EFG en el periodoanalizado*100
<b>DENOMINADOR:</b>	<u>Acción 1:</u> UCH del periodo analizado. <u>Acción 2:</u> Valor a PVL (financiado) + IVA de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado. <u>Acción 3:</u> Nº de unidades adquiridas del total de medicamentos en el periodo analizado.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Programa de gestión y dispensación del SF. Las unidades de complejidad hospitalaria (UCH) se obtienen del SIAE. <u>Acción 2 y 3:</u> Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia (SF)



<b>COMENTARIOS:</b>	<p><u>Acción 1:</u> Consumo de farmacia de unidades que atienden al paciente ingresado por el número de altas ajustadas por complejidad hospitalaria (UCH).</p> <p><u>Acción 2:</u> Ratio Adquisiciones a Precio Contable/Adquisiciones a Precio Oficial (PVL IVA).</p> <p><u>Acción 3:</u> Porcentaje de EFG adquiridos (en unidades). en relación con el total de medicamentos adquiridos (adquisiciones directas).</p>
<b>META:</b>	<b>Mejorar o mantener valor del año 2021</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración del indicador según tendencia ( <i>Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2022</i> )
<b>INDICADOR 6: PORCENTAJE DEL USO DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Coste acumulado a PVL de las adquisiciones de biosimilares incluidos en los principios activos/grupos terapéuticos: insulina glargina (A10AE04)., eritropoyetina (B03XA01)., somatropina (H01AC01)., factores estimulantes de colonias (L03AA)., enoxaparina (B01AB05)., folitropina alfa (G03GA05)., infliximab (L04AB02)., etanercept (L04AB01)., adalimumab (L04AB04)., rituximab (L01XC02)., trastuzumab (L01XC03)., teriparatida (H05AA02) y bevacizumab (L01XC07).
<b>DENOMINADOR:</b>	Coste acumulado a PVL de todas las adquisiciones de las presentaciones biosimilares y no biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos: "insulinas y análogos de acción prolongada para inyección" (A10AE)., "otros preparados antianémicos" (B03XA)., somatropina (H01AC01)., "factores estimulantes de colonias" (L03AA), "heparinas de bajo peso molecular" [dalteparina (B01AB04), enoxaparina (B01AB05), nadroparina (B01AB06), tinzaparina (B01AB10), bemiparina (B01AB12)], folitropina alfa (G03GA05), infliximab (L04AB02), etanercept (L04AB01), adalimumab (L04AB04), rituximab (L01XC02), trastuzumab (L01XC03), teriparatida (H05AA02) y bevacizumab (L01XC07).
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid).
<b>COMENTARIOS:</b>	Porcentaje de adquisiciones a precio venta laboratorio (PVL). de biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos disponibles en el hospital respecto a las adquisiciones (PVL). totales de todos los medicamentos de los principios activos/grupos terapéuticos incluidos en el indicador en el período analizado.
<b>META:</b>	<b>Umbral de Excelencia / Límite de Valoración</b> ( <i>Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2022</i> )
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración del resultado según Anexo I. ( <i>Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2022</i> )



## 2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

### OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.

#### INDICADOR 7: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones de calidad percibida desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente y/o auditorias de verificación del cumplimiento de objetivos por parte del Servicio de Evaluación. Existencia de actas e informes.
<b>COMENTARIOS:</b>	Acciones propuestas a desarrollar: <u>Acción 1:</u> Satisfacción global con la atención recibida en 2022. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados) <u>Acción 2:</u> Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2021. Al menos 1 por segmento, de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, con la participación del Comité de Calidad Percibida; salvo que se justifique su no realización en algunos casos por satisfacción global >=95% <u>Acción 3:</u> Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son: Grupo 1 y 2: Entrevista semiestructurada a pacientes clave y promover la participación de los pacientes en los comités Grupo 3: Además de las anteriores, otra técnica de tipo cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiares.
<b>META:</b>	<b>Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o &gt;=90%</b> <b>Acción 2: 5 acciones de mejora derivadas de la encuesta</b> <b>Acción 3:</b> - Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 2 prioritarias. - Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 3 prioritarias.
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

#### INDICADOR 8: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización* 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Observatorio de Resultados <u>Acción 2 y 3:</u> Autodeclarado y validado por la SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	Acciones propuestas: <u>Acción 1:</u> Cumplir con los indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente y alcanzar el estándar. El estándar en indicadores ajustados se considera RME e IC <=1; y en indicadores no ajustados P65 del grupo. <u>Acción 2:</u> Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados 2021. Además, si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma).



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

OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
INDICADOR 9: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de acciones propuestas (2)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Aplicación ARETEO <u>Acción 2:</u> Autodeclarado por el Centro Sanitario
<b>COMENTARIOS:</b>	Acciones propuestas: <u>Acción 1:</u> Porcentaje de solicitudes de inscripción de Instrucciones Previas (IIPP) presentadas en el centro sanitario e inscritas en el Registro de IIPP de la Consejería de Sanidad. El nº de IIPP otorgadas en un centro sanitario debe coincidir con las registradas (el motivo de no coincidencia es por errores en cumplimentación que imposibilitan su inscripción en el Registro autonómico). <u>Acción 2:</u> Porcentaje de conflictos éticos en los que se ha seguido la recomendación del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del centro sanitario.
<b>META:</b>	<b>Acción 1:</b> >50% <b>Acción 2:</b> > 50%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 10: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Subdirección General de Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
<b>COMENTARIOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Disminución de la reclamación por motivo más frecuente ((Nº reclamaciones en 2022, por el motivo más frecuente - nº reclamaciones en 2021, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones por el mismo motivo en 2021) <u>Acción 2:</u> Reducción de las reclamaciones de trato inadecuado ((Nº reclamaciones por motivo trato en 2022 - nº reclamaciones en 2021, por el mismo motivo) * 100 / nº reclamaciones de trato de 2021)
<b>META:</b>	<b>Acción 1:</b> ≤ -5% (Cumplimiento 100%) <b>Acción 2:</b> 0 o reducción de un 25% (Cumplimiento 100%) Reducción entre el 20-24% = cumplimiento del 75% Reducción entre el 15-19% = cumplimiento del 50% Reducción entre el 10-14% = cumplimiento del 25%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



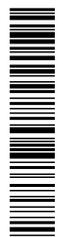
**OBJETIVO 2.3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

**INDICADOR 11: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Existencia de actas e informes
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <p><u>Acción 1:</u> Difusión del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025. Indicar % de unidades que han participado en sesiones informativas y acciones formativas destinadas a la difusión del Plan de Humanización.</p> <p><u>Acción 2:</u> Implantación de los Referentes de humanización por servicios/unidades. Indicar % de referentes de humanización designados.</p> <p><u>Acción 3:</u> Realización de autoevaluación del Modelo SER + HUMANO. Realización de autoevaluación según el cuestionario remitido por la SG de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Indicar SÍ/NO.</p>
<b>META:</b>	<p><b>Actividad 1: Sesiones informativas y acciones formativas en &gt; 80% de los servicios y unidades hospitalarias.</b></p> <p><b>Actividad 2: Servicios/Unidades asistenciales del hospital que disponen de "Referente de humanización" &gt; 80% (1 referente en cada Servicio/Unidad asistencial)</b></p> <p><b>Actividad 3: Elaborado informe de resultados de la autoevaluación mediante el Modelo SER+HUMANO.</b></p>
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)

**INDICADOR 12: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIFUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECURSOS ON LINE DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD A TODOS LOS PROFESIONALES**

<b>FÓRMULA:</b>	Si/No
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Aclaraciones: Alcanzar el valor de la meta supone que se puede verificar que existe un circuito efectivo de difusión a los profesionales de las actividades y recursos online de la Escuela Madrileña de Salud para la ciudadanía</p> <p>La Escuela Madrileña de Salud envía periódicamente un correo electrónico a los centros con la información de sus próximas actividades virtuales y recursos online, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual.</p> <p>Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadores y ciudadanía es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial.</p> <p>El propósito de este indicador es que los profesionales conozcan las actividades y recursos de la escuela y puedan indicarlos a la ciudadanía como recurso de capacitación y alfabetización en salud. EXCLUSIONES: no existen</p>
<b>META:</b>	<b>Alcanzado: Existencia de un sistema de difusión de las actividades y recursos online de la Escuela Madrileña de Salud a todos los profesionales.</b>



La autenticidad de este documento se puede comprobar en [www.madrid.org/csv](http://www.madrid.org/csv) mediante el siguiente código seguro de verificación: **1037720891930806514525**

EVALUACIÓN:

### OBJETIVO 2.4: MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE PSQUIATRÍA

#### INDICADOR 13: ÍNDICE DE OCUPACION UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS (H. RODRÍGUEZ LAFORA) ÍNDICE DE OCUPACION UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE MEDIA ESTANCIA (H. JOSÉ GERMAIN)

<b>FÓRMULA:</b>	Número de estancias generadas en la unidad de Psiquiatría (agudos-media estancia)* 100 / número de camas funcionantes en el periodo de tiempo estudiado.
<b>NUMERADOR:</b>	Número de estancias generadas en el periodo de estudio en la unidad*100
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de camas funcionantes durante el mismo periodo.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada) CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
<b>COMENTARIOS:</b>	Dada la variabilidad de camas funcionantes a lo largo del año, se calculará el promedio
<b>META:</b>	<b>≥ 85</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Alcanzar o superar la meta supone un 100% del cumplimiento. Por debajo de la meta se realizará una regresión hasta un límite inferior, que será el resultado obtenido en el año anterior. La regresión se dividirá en 4 tramos. Por debajo del límite, el cumplimiento es 0%

#### INDICADOR 14: PORCENTAJE DE PACIENTES CON RIESGO SUICIDA VALORADO

<b>FÓRMULA:</b>	Pacientes con tentativa de suicidio valorados en los Servicios de Urgencias hospitalarios con cita en CSM o Servicio de Psiquiatría en los primeros 7 días tras el alta hospitalaria * 100 / Pacientes con tentativa de suicidio valorados en la urgencia hospitalaria
<b>NUMERADOR:</b>	Pacientes con tentativa de suicidio valorados en los Servicios de Urgencias hospitalarios con cita en CSM o Servicio de Psiquiatría en los primeros 7 días tras el alta hospitalaria * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Pacientes con tentativa de suicidio valorados en la urgencia hospitalaria.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registro ARSUIC del centro a través del Servicio de Psiquiatría, Área de Gestión Clínica o Centro de Salud Mental
<b>COMENTARIOS:</b>	Se considera tiempo transcurrido entre la fecha de alta hospitalaria, y la fecha efectiva de cita en el Centro de Salud Mental correspondiente, o consulta específica para pacientes con riesgo suicida.
<b>META:</b>	<b>100%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de evaluación:</li> <li>• Alcanzado al 100% si resultado ≥ 90%</li> <li>• Alcanzado al 75% si resultado entre 70-89%</li> <li>• No alcanzado si resultado por debajo de 70%</li> </ul>

#### INDICADOR 15: ÍNDICE DE OCUPACION UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE LARGA ESTANCIA

<b>FÓRMULA:</b>	Nº de estancias generadas en la unidad de Psiquiatría de larga estancia* 100 / Nº de camas funcionantes en el periodo de tiempo estudiado.
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de estancias generadas en el periodo de estudio en la unidad de larga estancia*100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de camas funcionantes durante el mismo periodo.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada) CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)



<b>COMENTARIOS:</b>	Dada la variabilidad de camas funcionantes a lo largo del año, se calculará el promedio
<b>META:</b>	<b>≥ 95%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Alcanzar o superar la meta supone un 100% del cumplimiento. Por debajo de la meta se realizará una regresión hasta un límite inferior, que será el resultado obtenido en el año anterior. La regresión se dividirá en 4 tramos. Por debajo del límite, el cumplimiento es 0%

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

#### INDICADOR 16: COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE, PERSONAL SANITARIA

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

### 3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

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

#### INDICADOR 17: IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA)

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



INDICADOR 18: PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLANES DE CUIDADOS DURANTE EL INGRESO	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº pacientes dados de alta con planes de cuidados durante el ingreso.
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de altas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de mando de la Gerencia de Cuidados
<b>COMENTARIOS:</b>	La metodología enfermera es el sistema diseñado para la aplicación del método científico a los cuidados profesionales que presta la enfermera a la población mediante los planes de cuidados. La medición de este indicador pretende favorecer la aplicación del conocimiento enfermero, permitiendo recoger y unificar la información, para facilitar la evaluación de resultados en salud y la mejora de los cuidados.
<b>META:</b>	<b>80%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%: Cumplimiento de la meta</li> <li>75%: entre 70% y 79,99%</li> <li>50%: resultado entre 65% y 69,99%</li> <li>25%: resultado entre 60% y 64,99%</li> <li>0%: resultado menor o igual de 59,99%</li> </ul>

OBJETIVO 3.2: OPTIMIZAR LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN	
INDICADOR 19: ANÁLISIS DE LA SUJECCIONES Y PLANES DE ACCIÓN	
<b>FÓRMULA:</b>	Informe de análisis de sujeciones 2021 y Planes de Acción
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	ORCSMyA. Registro específico de sujeciones y Servicio/Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría desarrollarán actuaciones para reducir el número de sujeciones físicas en pacientes de psiquiatría, en línea con la implantación de la Resolución 106/2017 del Viceconsejero de Sanidad por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en Centros Hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p>El protocolo de aplicación de sujeciones físicas en las UHBs se encontrará actualizado de acuerdo a las recomendaciones de dicha Resolución.</p>
<b>META:</b>	<b>Realizar un informe de análisis</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Alcanzado si se remite a ORCSMyA información anual sobre número y pacientes con sujeción física (de forma separada en Unidades de Adultos y de Niños y Adolescentes) e informe de análisis de sujeciones 2022 en cada Unidad con planes de acción para reducir sujeciones.
INDICADOR 20-B: PORCENTAJE DE ABANDONOS EN PROGRAMAS DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (H. RODRÍGUEZ LAFORA)	
<b>FÓRMULA:</b>	$\frac{\text{Número de pacientes en programa de trastorno de la personalidad que abandonan el tratamiento antes de su conclusión}}{\text{Número de pacientes incluidos en programa de trastorno de la personalidad}} * 100$
<b>NUMERADOR:</b>	Número de pacientes en programa de trastorno de la personalidad que abandonan el tratamiento antes de su conclusión * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de pacientes incluidos en programa de trastorno de la personalidad
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registros informáticos del centro / CMBD.



<b>COMENTARIOS:</b>	
<b>META:</b>	<b>&lt; 40%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Alcanzar o mejorar la meta supone un 100% del cumplimiento. Por encima de la meta se realizará una regresión hasta un límite superior, que será el resultado obtenido en el año anterior. Por encima de ese límite, el cumplimiento es 0%.

### OBJETIVO 3.3: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

#### INDICADOR 21: PORCENTAJE DE INFORMES DE ALTA DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 H. POSTERIORES AL ALTA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Número de altas de hospitalización con informe disponible en HORUS en las 24 h. posteriores al alta * 100.</li> <li>Número de altas de hospitalización con informe de continuidad de cuidados disponible en HORUS en las 24 h. posteriores al alta * 100</li> </ol>
<b>DENOMINADOR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nº de altas de hospitalización.</li> <li>Nº de altas de hospitalización.</li> </ol>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Cuadro de Mando de la Unidad de Continuidad Asistencial
<b>COMENTARIOS:</b>	Se enviará a los hospitales una monitorización mensual. El dato de evaluación será el balance obtenido en el periodo de evaluación (Del 01.01.2022 al 31.12.2022).
<b>META:</b>	<b>≥ 60%</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Cumplimiento 100%: Meta</p> <p>En caso de no alcanzar la meta, se evaluará en función del percentil que ocupe en relación al resto de hospitales de media y larga estancia (por debajo del percentil 25 Cumplimiento = 0; por encima del percentil 75, Cumplimiento =100%).</p>

### OBJETIVO 3.4: MOVILIZAR DE FORMA PRECOZ A LOS PACIENTES > DE 75 AÑOS INGRESADOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

#### INDICADOR 22: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN PRECOZ QUE SE DESARROLLE EN CADA HOSPITAL

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes > de 75 años con Índice de Barthel >50 que durante el ingreso hospitalario en los servicios diana (al menos en 2 de ellos), se incluyen en el Programa de Movilización Precoz
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de pacientes > de 75 años con Índice de Barthel >50 hospitalizados en los servicios diana (definidos en el numerador)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Historia de Enfermería
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Desarrollo del Programa de Movilización Precoz que recoja los requisitos mínimos establecidos:</p> <p>La población diana serán las personas &gt; de 75 años ingresadas con Índice de Barthel &gt; o igual a 50 (dependencia leve/ moderada), ingresadas en los servicios de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Endocrino, Digestivo, Nefrología y Geriátrica.</p> <p>El Programa además de contemplar acciones orientadas a la movilización precoz debe incluir actuaciones dirigidas a fomentar la continencia urinaria y fecal.</p> <p>La fuente será la Historia de Enfermería donde se debe estar registrado el Índice de Barthel al ingreso y al alta y la implementación del Programa.</p>



<b>META:</b>	El 60% de los pacientes mayores de 75 años con Índice de Barthel >50 ingresados en los servicios diana (al menos en 2 de ellos), han sido incluidos en el Programa de Movilización Precoz.
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral para analizar tendencia y establecer medidas de mejora. Datos de cumplimiento de objetivo noviembre 2022

<b>OBJETIVO 3.5: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS</b>	
<b>INDICADOR 23: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº total de casos nuevos de infección por SARM en el periodo de estudio *100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de pacientes ingresados
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
<b>COMENTARIOS:</b>	
<b>META:</b>	<b>Tendencia descendente</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	

<b>OBJETIVO 3.6: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
<b>INDICADOR 24: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<u>Acción 1 y 2:</u> Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS) <u>Acción 3:</u> CISEMadrid
<b>COMENTARIOS:</b>	<u>Acción 1:</u> Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Áreas prioritarias: Unidades de hospitalización breve psiquiátrica, UCI, hospital de día y urgencias. Resto a elección. <u>Acción 2:</u> Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente. Prioritarios son: 1. -Desarrollo de al menos 2 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (seleccionadas de entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones) 2. - Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales. 3. -Despliegue de las actuaciones del DECRETO 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid. <u>Acción 3:</u> Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).
<b>META:</b>	<b>Acción 1: 5 rondas, incluyendo las áreas prioritarias.</b>



	<b>Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios.</b> <b>Acción 3: ≥ 60% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados 60</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
<b>INDICADOR 25: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (1)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	<u>Acción 1.</u> Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención >95%) y formación de profesionales, en especial nueva incorporación.
<b>META:</b>	<b>Acción 1: 100% de actuaciones prioritarias realizadas</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
<b>INDICADOR 26: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para la mejora de atención al dolor * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (2)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor como una quinta constante, mediante las escalas de valoración. Acción 2: Desarrollo de líneas de actuación prioritarias en los Comités de Atención al Dolor. 1. Promover la participación y coordinación entre niveles asistenciales y profesionales (participación atención primaria en los comités hospitalarios, realización de una reunión conjunta con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos...) 2. Promover la participación de los pacientes en los comités de atención al dolor. 3. Identificación y propuesta de una buena práctica para la mejora de la atención al dolor.
<b>META:</b>	<b>Acción 1: ≥ 90%</b> <b>Acción 2: 3 actuaciones (incluyendo las 3 líneas prioritarias)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

### OBJETIVO 3.7: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

<b>INDICADOR 27: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad * 100
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de acciones propuestas (3)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS:</b>	Acción 1: Realización de la autoevaluación con el Modelo EFQM



	Acción 2: Implantación/ Certificación UNE EN ISO 14001:2015 de Sistema de Gestión ambiental (SGA) Acción 3: Complimentación del Cuestionario de autoevaluación RSS y análisis del mismo, identificando las áreas de mejora detectadas
<b>META:</b>	<b>Acción 1: Realizada la autoevaluación</b> <b>Acción 2: Implantado/certificado SGA</b> <b>Acción 3: Complimentado el cuestionario RSS 2021 y al menos 1 área de mejora identificada</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento 100%: Todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

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

##### OBJETIVO 4.1: IDENTIFICAR MEDIDAS DE MEJORA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES PROMOVIDAS POR LOS PROFESIONALES

###### INDICADOR 28: NÚMERO DE PROYECTOS DE MEJORA ELEVADOS POR LOS PROFESIONALES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de proyectos de propuestos por los profesionales del centro aprobados por la Dirección Gerencia.
<b>DENOMINADOR:</b>	N/A
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarativo
<b>COMENTARIOS:</b>	Cualquier proyecto realizado en el centro como caso de éxito que se considere exportable al conjunto del SERMAS. No es precisa su aceptación posterior ni su aplicación para su valoración positiva.
<b>META:</b>	<b>1 proyecto de ámbito global (hospital) y/o 3 de ámbito local (unidad, servicio,...)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Conseguido / No conseguido

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

###### INDICADOR 29: PORCENTAJE DE USUARIOS EXISTENTES EN EL DIRECTORIO ACTIVO DEL CENTRO CON CONTRATO VIGENTE (forman parte de la plantilla activa de personal).

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



### OBJETIVO 4.3: MEJORAR EL NIVEL DE SEGURIDAD EN EL USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

#### INDICADOR 30: PROBABILIDAD E IMPACTO DE LAS POSIBLES AMENAZAS Y VULNERABILIDADES DE SEGURIDAD DE CARÁCTER FÍSICO, LÓGICO O AMBIENTALES EN LOS SISTEMAS

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

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

#### INDICADOR 31: GRADO DE IMPULSO DE INICIATIVAS EN MATERIA TIC EN LINEA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SERMAS MARCADOS POR LA DGSIES

<b>FÓRMULA:</b>	$\frac{\text{Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS}}{\text{Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital}} * \text{Ponderación indicador}$
<b>NUMERADOR:</b>	Iniciativas TIC gestionadas a través del CAS
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de iniciativas TIC abordadas por el hospital
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Plan de iniciativas/proyectos en el ámbito TIC a abordar o abordadas por el centro y relación de iniciativas tramitadas a través del CAS de la DGSIES
<b>COMENTARIOS:</b>	Se aplica a la ponderación del indicador el cociente de las iniciativas de innovación TIC, independientemente de su fuente de financiación (fondos propios o subvenciones), tramitadas y validadas a través del Comité de Autorización de Solicitudes (CAS) de la DGSIES con respecto al total de iniciativas de innovación TIC abordadas por el centro. Para el conteo de las iniciativas en el numerador y denominador, cada iniciativa contará con un valor (peso) relativo a sus dimensiones y alcance según la tabla especificada en Evaluación.
<b>META:</b>	<b>1 (100%)</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>El peso a aplicar a las iniciativas/proyectos TIC en función del volumen de inversión (VI) es el siguiente:</p> <p>VI &lt;= 250.000 € - Peso: 1  VI entre 251.000 € y 500.000 € - Peso: 2  VI entre 501.000 € y 1.000.000 € - Peso: 3  VI &gt; 1.000.000 € - &gt; Peso: 4</p>



**OBJETIVO 4.5: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES**

**INDICADOR 32: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2022, GESTIONADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL CENTRO**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el centro Hospitalario.
<b>DENOMINADOR:</b>	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el Hospital .
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS:</b>	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación.
<b>META:</b>	≥ 95%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

**INDICADOR 33: PORCENTAJE DE ACTIVIDADES FORMATIVAS DESARROLLADAS EN FORMATO NO PRESENCIAL (AULAS VIRTUALES, VIDEOCONFERENCIAS, CURSOS FORMATO ONLINE Y ACTIVIDADES MIXTAS), RESPECTO AL TOTAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2022, APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL CENTRO HOSPITALARIO**

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el centro Hospitalario.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el centro Hospitalario /Gerencia Asistencial de Atención Primaria /Gerencia Asistencial
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS:</b>	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación
<b>META:</b>	≥ 25%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)



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

#### INDICADOR 34: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº absoluto de proyectos activos durante 2022
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de PSFU en 2022 / 1000
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	DG de Investigación, Docencia y Documentación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><b>Proyecto activo:</b> Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente.</p> <p><b>No se incluyen</b> los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado.</p> <p>El indicador se corresponde con el denominado "Proyectos activos" dentro del epígrafe "Proyectos de Investigación" del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS..</p>
<b>META:</b>	<b>Igual o mayor al 85% del valor del indicador en 2021</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</li> <li>•Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2021 se asignará el 75% de la puntuación</li> <li>•Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2021 se asignará el 50% de la puntuación</li> <li>•Con un valor inferior al 50% del indicador en 2021 se asignará un 25% de la puntuación</li> </ul>
<b>INDICADOR 35: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	DG de Investigación, Docencia y Documentación Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Investigadores con participación en proyectos: Profesionales con vinculación funcional, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan:</p> <p>(a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien</p> <p>(b) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado, gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma.</p>





	<p>Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria.</p> <p>El indicador se corresponde con el denominado “Investigadores con participación en proyectos” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS.</p>
<b>META:</b>	<b>Igual o mayor al 90% del valor del indicador en 2021</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</li><li>• Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2021 se asignará el 75% de la puntuación.</li><li>• Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2021 se asignará el 50% de la puntuación.</li><li>• Con un valor inferior al 50% del indicador en 2021 se asignará un 25% de la puntuación.</li></ul>



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

### RECURSOS HUMANOS

#### Categorías Profesionales:

TIPO_CAT	CATEGORIAS	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	GUARDIAS	TOTAL
		FIJO	INTERINO	EVENTUAL				
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	JEFE DE SERVICIO C/O	1			1			1
	JEFE DE SECCION C/O	3			3			3
	FACULTATIVO ESPECIALISTA	13	20	3	36	3	2	41
	ENFERMERO/A	50	55	15	120	14		134
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL		5	1	6	7		13
	FISIOTERAPEUTA	1	2		3			3
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	4	4		8	1		9
	<b>Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA</b>	<b>72</b>	<b>86</b>	<b>19</b>	<b>177</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>204</b>
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO ESPECIALISTA		1		1			1
	TECNICO SUP. ESPECIALISTA EN LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO	1			1			1
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN RADIOLOGICO	1			1			1
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	71	103	12	186	10		196
	<b>Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL</b>	<b>73</b>	<b>104</b>	<b>12</b>	<b>189</b>	<b>10</b>		<b>199</b>
P. GESTION Y SERV.	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR	2			2			2
	GRUPO DE GESTION DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA		1		1			1
	JEFE DE SECCION NO SANITARIO C/O	5	1		6			6
	PERSONAL TECNICO GRADO MEDIO	1			1			1
	TRABAJADOR SOCIAL	3	3	1	7			7
	COCINERO		12		12			12
	ENCARGADO II	1			1			1
	GOBERNANTA II		1		1			1
	GRUPO ADMINISTRATIVO	9	15	1	25			25
	JEFE DE COCINA II		1		1			1
	JEFE DE NEGOCIADO	1			1			1
	TECNICO ESPECIALISTA EN SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		2		2			2
	ALBAÑIL		1		1			1
	AUXILIAR DE CONTROL E INFORMACION	1	6		7			7
	AUXILIAR DE HOSTELERIA	20			20			20
	AUXILIAR DE OBRAS Y SERVICIOS	7	1		8			8
	CALEFACTOR		4		4			4
	CARPINTERO		3		3			3
	CONDUCTOR	4	1		5			5
	ELECTRICISTA	4	1		5			5
	FONTANERO		3		3			3
	GOBERNANTA		1		1			1
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	5	16		21			21
	JARDINERO		1		1			1
	JEFE DE EQUIPO		1		1			1
	MECANICO		2		2			2
	MONITOR	2	3		5			5
	PELUQUERO		2		2			2
	PINTOR				1			1
	TAPICERO				1			1
	CELADOR	2	11	3	16	1		17
	LIMPIADORA	0	49	8	57	2		59
PEON	0	1	1	2			2	
PINCHE	1	21	4	26			26	
PERSONAL AUXILIAR DE SERVICIOS	21	3	1	25			25	
TECNICO DE MANTENIMIENTO	6	7		13			13	
	<b>Total P. GESTION Y SERV.</b>	<b>87</b>	<b>180</b>	<b>23</b>	<b>290</b>	<b>3</b>		<b>293</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>232</b>	<b>370</b>	<b>54</b>	<b>656</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>696</b>



## Especialidades:

ESPECIALIDAD	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	GUARDIAS	TOTAL
	FIJO	INTERINO	EVENTUAL				
ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA		1		1			1
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION			1	1			1
FARMACIA HOSPITALARIA	1	1		2			2
GERIATRIA		1		1		1	2
MEDICINA DEL TRABAJO	1			1			1
MEDICINA INTERNA	1	2		3	1	1	5
NEUROLOGIA			1	1			1
PSICOLOGIA CLINICA	2	4		6			6
PSIQUIATRIA	12	11	1	24			24
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>43</b>

## Mandos Intermedios / Puestos Directivos:

PUESTOS DIRECTIVOS		MANDOS INTERMEDIOS	
PUESTO	Total	PUESTO	Total
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA NIVEL II	1	SUPERVISOR/A DE ÁREA FUNCIONAL	1
DIRECTOR/A GERENTE NIVEL II	1	SUPERVISOR/A DE UNIDAD	10
DIRECTOR/A MÉDICO NIVEL II	1	JEFE DE SERVICIO	2
DIRECTOR/A DE GESTIÓN NIVEL II	1	JEFE DE SERVICIO	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	JEFE DE SECCIÓN	9
		JEFE DE SECCIÓN	4
		JEFE DE GRUPO	10
		JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO	6
		JEFE DE EQUIPO	4
		<b>TOTAL</b>	<b>48</b>





## CARTERA DE SERVICIOS

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en [www.madrid.org/csv](http://www.madrid.org/csv) mediante el siguiente código seguro de verificación: **1037720891930806514525**

## EQUIPAMIENTO

H. DR. RODRÍGUEZ LAFORA	
Descripción Estructura/Equipamiento	Número
<b>Camas Instaladas</b>	<b>334</b>
Total Nº quirófanos	0
Nº paritorios	0
Nº locales de Consulta Hospital	15
Nº locales de Consulta CEP	0
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	0
Nº puestos Hospital de Día Psiquiátrico	10
Nº puestos Hospital de Día Otros Médicos	0
Nº puestos Hospital de Día Quirúrgicos	0
Nº Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico	0
Nº Ecógrafos Servicio de Cardiología	0
Nº Ecógrafos Otros servicios del hospital	0
Nº Mamógrafos digitales	0
Nº Angiografos digitales Radiodiagnóstico	0
Nº Resonancia Magnética	0
Nº Tomografía Computarizada helicoidal	0
Nº Salas Convencionales Radiodiagnóstico	1
Nº Telemandos Radiodiagnóstico	0
Nº Arco multifuncional Radiodiagnóstico	0
Nº Equipos Radioquirúrgicos	0
Nº Litotritores	0
Nº Salas Hemodinámica	0
Nº Gammacamars	0
Nº Aceleradores Lineales	0
Nº Planificadores	0
Nº Simuladores	0
Densitómetros	0
Ortopantomógrafos	0
Quirófanos Instalados Hospital	0
Quirófanos Instalados CEP	0
P.E.T.	0
Ecocardiógrafos	0
Equipos Ergometría	0
Holter Electrocardiograma	0
Holter Tensión	0
Salas Endoscopias	0
Gastroscopio / Esofagoscopios	0
Colonoscopios / Rectoscopios	0
Polisomnógrafos	0
Electroencefalógrafos	0
Vídeo EEG	0
Electromiógrafos	0
Equipos Potenciales Evocados	0

