



Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Contrato Programa 2022  
SUMMA112

# CONTRATO PROGRAMA 2022 DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD CON LA GERENCIA DEL SUMMA112





Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

### INDICE

I. PREÁMBULO	3
II. MARCO NORMATIVO	3
III. MARCO ESTRATÉGICO	4
IV. CONDICIONES GENERALES	6
V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO	10
VI. ANEXO 1. FICHAS DE INDICADORES DEL SUMMA112	13
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	13
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	16
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS	23
4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	32
VII. ANEXO 2. RECURSOS HUMANOS Y MEDIOS ESTRUCTURALES	37





Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

### I. PREÁMBULO

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:





Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

- 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 conforma 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:





Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

### 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*).





Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

- 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 del SUMMA112, para el bienio 2022-2023 son los orientados conforme al marco estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, en la atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria y transporte sanitario. Así como, validar e implantar nuevos recursos, procedimientos, tecnologías y otros medios sanitarios, mediante una organización de la urgencia y emergencia integrada en red, facilitando una ágil ordenación asistencial y con la máxima participación de los profesionales, mediante el impulso de acuerdos clínicos y 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 objetivos:

- Facilitar respuesta ágil y profesional a las expectativas de los ciudadanos.
- Buscar la participación activa de los pacientes para lograr una mayor adecuación del servicio a sus necesidades.
- Responder asistencialmente a la urgencia, emergencia, coordinación interhospitalaria y traslado sanitario.
- Incorporar de forma eficiente las nuevas tecnologías diagnósticas y de comunicación.
- 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 SUMMA112 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 SUMMA112 se compromete al cumplimiento de los objetivos asistenciales y de salud que, acordes a las características del mismo, han sido analizados previa y conjuntamente con los órganos directivos del Servicio Madrileño de Salud.

El centro dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, de acuerdo con el detalle que aparece en el apartado VII y que será ofertada a todos los ciudadanos de hecho de la Comunidad de Madrid que es su población de referencia.

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del SUMMA112 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>	103.475.109€
	<b>Formación de Personal Sanitario</b>	
<b>Capítulo II</b>	<b>Bienes Corrientes y de Servicios</b>	70.849.937€

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. Así como, por la ejecución de las actuaciones de reducción de la lista de espera con el límite de la financiación adicional dotada a tal efecto.





Comunidad  
de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

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 SUMMA112 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 suymma112 ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento y serán aprobadas por el Servicio Madrileño de Salud en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

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

El SUMMA112 deberá remitir a la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, antes de los diez primeros días de cada mes, la cantidad abonada en el mes anterior por los distintos conceptos salariales debidos a la actividad extraordinaria realizada. Además, se facilitará desglosado por categorías y especialidades, el listado de personal que ha estado contratado para estas actuaciones durante el mes anterior indicando los días contratados.

Así mismo, mensualmente remitirá a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento la actividad realizada conforme a dichos créditos en el modelo normalizado establecido a tal efecto.

3. Respecto de la facturación y cobros del SUMMA112 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





Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

para su actualización, en aquellos casos en los que exista un tercero obligado al pago, las previsiones son las siguientes:

<b>Facturación a Terceros:</b>	1.674.340,22€
--------------------------------	---------------

4. 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,

El Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública y Director General del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD  Antonio Zapatero Gaviria	El Director Gerente del SUMMA112  Pablo Busca Ostolaza
---	--





## V. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

### 1.-PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS: PONDERACIÓN 35/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1. PROMOVER EL USO RACIONAL Y EFICIENTE DEL TRANSPORTE SANITARIO	Aumentar la efectividad, eficiencia y calidad en los traslados inter hospitalarios a centros de media y larga estancia desde centros de origen.	SUMMA 112	% de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia que llegan antes de las 13.00h cuando la solicitud del centro de origen está realizada antes de las 10.00h.	6
2. IMPLANTAR EN EL SERVICIO EL MÓDULO NEXUS MANTENIMIENTO ECCL	Implantar el Módulo Nexus en el 100%.	SUMMA 112	% de acciones realizadas para la implantación en el Servicio del Módulo Nexus Mantenimiento ECCL	3
3. CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO 1 FIJADO EN EL CONTRATO PROGRAMA	Objetivo 1 de la DGRRHH	DGRRHH	Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo I	7
4. MEJORA DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.	Objetivo 2 de la DGRRHH	DGRRHH	Tasa de interinidad (porcentaje)	6
5. MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS	Objetivo 1 DGGEF	DGEF	Cumplimiento del objetivo de gasto en capítulo II.	7
		DGEF	Cumplimiento del objetivo de facturación previsto para el Centro	6

### 2.-PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS 25/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1. MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA	Disminuir un 3% de reclamaciones por motivo de falta de información.	SUMMA 112	Variación del % de reclamaciones por motivo de falta de información	2
2. MEJORAR LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE INCLUIDO EN EL SEGUIMIENTO PROACTIVO DE LLAMADAS	Mejora la cobertura del sistema de seguimiento proactivo de llamada.	SUMMA 112	% de pacientes que cumplen criterio de inclusión en SPA a los que se les realiza la prestación	2
	Mejorar la efectividad de la implantación del sistema de seguimiento proactivo de pacientes (SPA).	SUMMA112	% actuaciones implantadas para realizar el Seguimiento Proactivo de Llamadas (SPA).	1
3. MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA RESOLUCIÓN	Aumentar la estandarización de la actuación sanitaria para la correcta identificación y adecuada resolución de la necesidad del paciente.	SUMMA 112	% de auditorías del Triage Manchester que se atiende a los requisitos establecidos	2
	Mantener el nivel de servicio del primer nivel	SUMMA 112	Porcentaje de llamadas en nivel de servicio	1
4. MEJORAR LA TOMA DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES	Aumentar las intervenciones para generar toma de conciencia en los profesionales sobre valores humanos en la atención sanitaria personalizada.	SUMMA 112	% de reuniones con mandos intermedios en las que se abordan temas referentes a humanización de la asistencia (HAS) y atención al dolor (AD).	1
	Aumentar las actuaciones de la Comisión de Atención del Dolor, Humanización y Calidad Percibida para mejorar la toma de conciencia de los profesionales.	SUMMA 112	Variación porcentual de sesiones que realizan las comisiones	1
5. ADECUAR LAS SUJECCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS	Promover la toma de conciencia sobre el uso de sujeciones físicas y químicas a través de acciones formativas, dirigidas a los profesionales, orientadas a adecuar el uso de sujeciones.	SUMMA 112	Número de acciones formativas dirigidas a los profesionales y orientadas a evitar el uso inadecuado de sujeciones.	1
6. MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL (OG 1 DGHUMANIZACIÓN)	Objetivo 1 de la DG Humanización	DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	3
			Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	3
7. MEJORAR LA ATENCIÓN	Objetivo 2 de la DG Humanización	DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones	3
8. CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	Objetivo 3 de la DG Humanización	DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	3
			Implementación de un sistema de difusión de las actividades y recursos on line de la Escuela Madrileña de Salud a todos los profesionales	1
9. PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	Objetivo de la DG Salud Pública.	DG SALUD PÚBLICA	Cobertura de vacunación de gripe , personal sanitario	1



3.-PERSPECTIVA PROCESOS 25/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1.- MEJORAR LA EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA	1.- Porcentaje de pacientes con PCR recuperada	SUMMA 112	Porcentaje de pacientes con PCR recuperada	1
	2.-Códigos Infarto trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min(traslados primarios)	SUMMA 112	% pacientes clasificados como "código infarto" trasladados al hospital idóneo en <del>tiempo</del> adecuado	1
	3.- Códigos ICTUS trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min(traslados primarios)	SUMMA 112	% pacientes clasificados como "código ICTUS" trasladados al hospital idóneo en <del>tiempo</del> adecuado	1
	4.- Traumas graves trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min(traslados primarios)	SUMMA 112	% de pacientes clasificados como trauma grave trasladados al hospital en tiempo adecuado.	1
	5.- Formar parte de la implantación del Código SEPSIS: Número de pacientes detectados para alerta Código SEPSIS.	SUMMA 112	Número de pacientes con Código <del>sepsis</del> .	0,5
	6.- Formar parte de la implantación del Código AORTA: % de servicios con tiempo de respuesta ≤ 30 min (Traslado Inter Hospitalario).	SUMMA 112	% de pacientes con Código Aorta en los que el tiempo de respuesta (se acude a centro de origen desde la llamada de este) es ≤ 30 minutos	0,5
2.- MEJORAR LA TASA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN LA CM <sub>cc</sub>	Aumentar el nº de activaciones de Código 0 tras PCR no recuperada.	SUMMA 112	Número de activaciones de Código 0 por el equipo del SUMMA112 tras parada no recuperada	1
3.- MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS (M) Y PRODUCTOS SANITARIOS (PS)	1.- Prevalencia de Antibióticos de primera elección	SUMMA 112	% de ABS de primera elección.	1
	2.- Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles.	SUMMA 112	% de incidencias de temperatura de las neveras de medicación.	0,5
	3.- Revisión de la dotación de M, material y PS y carros de parada en todos los cambios de turno.	SUMMA 112	% de correcta cumplimentación del registro de revisión	0,5
4.- MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A CADA GRADO DE URGENCIA	1.- Mejorar el tiempo de respuesta en incidente 0.	SUMMA 112	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0	1
	2.- Mejorar el tiempo de respuesta en incidente 1.	SUMMA 112	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1.	1
5.- MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL	1.- Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con disminución del nivel de conciencia.	SUMMA 112	% de pacientes con disminución del nivel de conciencia (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se ha realizado y registrado una glucemia (GLU) y una toma de temperatura (T°).	0,5
	2.- Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dolor torácico de características isquémicas.	SUMMA 112	% de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.	0,5
	3.- Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dificultad respiratoria.	SUMMA 112	Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dificultad respiratoria.	0,5
	4.- Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con sospecha de patología infecciosa.	SUMMA 112	% de pacientes con patología infecciosa (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma la temperatura (T°) y frecuencia respiratoria (FR) (o registro de ausencia o presencia de "taquipnea")	0,5
	5.- Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con Trauma grave	SUMMA 112	% de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.	0,5
6.- DISMINUIR LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LAS ENFERMERAS	Facilitar la gestión del conocimiento y la actualización de la competencia enfermera a los profesionales.	SUMMA 112	Actualizar al menos el 75% de los procedimientos de activación y Guías de actuación de SVA E	0,5
7.- ADECUAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PARA EL TRANSPORTE SANITARIO URGENTE DESDE LOS CENTROS SOCIOANITARIOS	Objetivo 1 de la DG de Coordinación <u>Socioasistencial</u>	DG COORD. SOCIOANITARIA	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0 en centros <u>socioasistenciales</u>	0,5
8.- ADECUAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PARA EL TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO DESDE LOS CENTROS SOCIOANITARIOS	Objetivo 2 de la DG de Coordinación <u>Socioasistencial</u>	DG COORD. SOCIOANITARIA	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1 en centros <u>socioasistenciales</u> .	0,5
		DG COORD. SOCIOANITARIA	% de viajes en transporte individual con tiempo de recorrido ≤ 50 minutos entre centro socio sanitario y hospital (en la ida o en la vuelta) cuando disten ≥ 25 kilómetros.	0,5
9.- AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Objetivo 1 de la DG Humanización y Atención al Paciente	DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	3
		DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	2
		DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	3
10.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	Objetivo 2 de la DG Humanización y Atención al Paciente	DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	3





4.-PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN 15/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
1.- PROMOVER LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS (LE) DE LA ORGANIZACIÓN	1.- Alcanzar que al menos el 50% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en las LE del SUMMA112. (se excluye la formación del OE 3).	SUMMA112	% Profesionales sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización	2
	2.- Alcanzar que al menos el 15% de los profesionales NO sanitarios hayan recibido formación en las LE del SUMMA112 en el año en curso.	SUMMA112	% Profesionales no sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización	1
	3.- Alcanzar que al menos el 20% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en uno de los Códigos de emergencias (ICTUS, CERO, INFARTO, TRAUMA, SEPSIS)	SUMMA112	% de profesionales sanitarios que han recibido formación en uno de los Códigos.	2
2.- MEJORAR LA CAPACITACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE LOS PROFESIONALES	Promover la investigación ofertando al menos dos actividades formativas una par nivel básico y otra para nivel avanzado de investigación.	SUMMA112	% de profesionales sanitarios distintos que acuden a actividad de formación en investigación.	2
3.- IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD	Objetivo 1 de la DG de Investigación, Docencia y Documentación	DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACION	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	2
		DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACION	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, de SUMMA 112.	2
4.- POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	Objetivo 2 de la DG de Investigación, Docencia y Documentación	DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACION	Nº de proyectos de investigación activos por cada 1000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
		DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACION	Número de investigadores en proyectos de investigación activos	1
5.-POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO	Objetivo 2 de la DG de Investigación, Docencia y Documentación	DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACION	Nº de publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/o PubMed en las que participan profesionales del SUMMA 112 por cada 100 Profesionales Sanitarios con Titulación Universitaria (PSFU)	1



## VI. ANEXO 1. FICHAS DE INDICADORES SUMMA112

### 1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

#### OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER EL USO RACIONAL Y EFICIENTE DEL TRANSPORTE SANITARIO.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Aumentar la efectividad, eficiencia y calidad en los traslados inter hospitalarios a centros de media y larga estancia desde centros de origen.

**INDICADOR:** % de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia que llegan antes de las 13.00h cuando la solicitud del centro de origen está realizada antes de las 10.00h.

**FORMULA** Numerador/Denominador \* 100

<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia que llega antes de las 13.00 cuando la solicitud de traslado del centro de origen está realizada antes de las 10.00h en el día
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia en el día con solicitud de traslado realizada antes de las 10.00h en el día.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistema de Información de Transporte Programado del SUMMA112.
<b>COMENTARIOS</b>	El fundamento es contribuir a la eficiencia en la organización del traslado y a la humanización de la asistencia para que el paciente llegue a una hora adecuada para ser atendido y pueda hacer a tiempo su comida.
<b>META</b>	80%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

#### OBJETIVO GENERAL 2: IMPLANTAR EN EL SERVICIO EL MÓDULO NEXUS MANTENIMIENTO ECCL.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Implantar el Módulo Nexus en el 100%.

**INDICADOR:** % de acciones realizadas para la implantación en el Servicio del Módulo Nexus Mantenimiento ECCL

**FORMULA** Numerador/Denominador \* 100

<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones realizadas para la implantación en el Servicio del Módulo Nexus Mantenimiento ECCL.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de acciones programadas para la implantación en el Servicio del Módulo Nexus Mantenimiento ECCL. MADRID DIGITAL
<b>FUENTE DE DATOS</b>	MADRID DIGITAL
<b>COMENTARIOS</b>	1. Control de Activos y con ello el inventario físico y contable del centro de gasto. 2. Agilizar los procesos de mantenimientos para optimizar tiempos de respuesta así como control y registro de incidencias. Dependencia de Madrid Digital para entrar en su cronograma de actuación. Necesidad de realizar un inventario físico por empresa externa. Tramitar la totalidad de bajas de inventario.
<b>META</b>	Implantado en el 100%
<b>EVALUACIÓN</b>	La evaluación será realizada por la Dirección y será anual.



**OBJETIVO 1: CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO I FIJADO EN EL CONTRATO PROGRAMA (Objetivo 1 DG RRHH)**

<b>INDICADOR</b>		<b>Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo I</b>
<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador</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 la liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc...	
<b>META</b>	Resultado igual o inferior a 1 (100%).	
<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%. Valoración regresiva desde más de 1, hasta 1,02. Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.	

**OBJETIVO 2: MEJORA DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (Objetivo 2 DG RRHH)**

<b>INDICADOR</b>		<b>Tasa de interinidad (porcentaje)</b>
<b>FORMULA</b>	<b>Número de interinos nombrados/número de interinos autorizados x 100.</b>	
<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>	Mayor o igual que el 95 %.	
<b>EVALUACIÓN</b>	Mayor o igual que el 95 % = 2 puntos. Valoración regresiva desde 95 % hasta 50 %. Por debajo o igual al 50 % = 0 puntos.	





**OBJETIVO: MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS (Objetivo 1 DGGEF)**

**INDICADOR 1: Cumplimiento del objetivo de gasto en capítulo II.**

<b>FORMULA</b>	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del capítulo II.
<b>NUMERADOR</b>	
<b>DENOMINADOR</b>	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	
<b>COMENTARIOS</b>	
<b>META</b>	Si > desviación típica 0 puntos Si < desviación típica X puntos
<b>EVALUACIÓN</b>	

**INDICADOR 2: Cumplimiento del objetivo de facturación previsto para el Centro**

<b>FORMULA</b>	Desviación típica de la media de facturación prevista de los Centros, excluida los dos extremos
<b>NUMERADOR</b>	
<b>DENOMINADOR</b>	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	
<b>COMENTARIOS</b>	
<b>META</b>	Si > desviación típica 0 puntos Si < desviación típica X puntos
<b>EVALUACIÓN</b>	



## 2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

**OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA.**

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** *Disminuir un 3% con relación al año anterior las reclamaciones por motivo de información.*

**INDICADOR:** *Variación del % de reclamaciones por motivo de falta de información*

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	% de reclamaciones por falta de información 2022 - % de reclamaciones por falta de información 2021
<b>DENOMINADOR</b>	% reclamaciones por motivo de falta de información 2021
<b>FUENTE DE DATOS</b>	CESTRACK/ ATENCION AL USUARIO SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	
<b>META</b>	↓3% con relación al año anterior
<b>EVALUACIÓN</b>	Bimestral

**OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE INCLUIDO EN EL SEGUIMIENTO PROACTIVO DE LLAMADAS.**

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** *Mejorar la cobertura del sistema de seguimiento proactivo de pacientes (SPA).*

**INDICADOR** *% de pacientes que cumplen criterio de inclusión en SPA a los que se les realiza la prestación.*

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes de prioridad 0, 1 y 2 que cumplen los criterios de inclusión en SPA a los que se le realiza la prestación
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de pacientes de prioridad 0, 1 y 2 que cumplen criterios de inclusión en SPA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS
<b>COMENTARIOS</b>	Criterios de Inclusión: retraso en el tiempo de respuesta. Se mide 2º semestre.
<b>META</b>	≥ 60%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** *Mejorar la efectividad de la implantación del sistema de seguimiento proactivo de pacientes (SPA).*

**INDICADOR** *% actuaciones implantadas para realizar el Seguimiento Proactivo de Llamadas (SPA).*

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de actuaciones implantadas para realizar el SPA
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de actuaciones programadas para implantar el SPA.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS
<b>COMENTARIOS</b>	Indicador de proceso.
<b>META</b>	≥ 80%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual



**OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA RESOLUCIÓN**

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Aumentar la estandarización de la actuación sanitaria para la correcta identificación y adecuada resolución de la necesidad del paciente.

**INDICADOR:** % de auditorías del Triage Manchester que se atiende a los requisitos establecidos.

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de auditorías cuyo resultado se atiende a los requisitos de calidad y normalización previstos.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de auditorías
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro MANCHESTER SIS SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	Tendencia ascendente: Se irá estableciendo a lo largo de 2022. Meta final 85%. Cronograma: 50% en 3 meses; 60% en 6 meses, 75% a los 9 meses
<b>META</b>	≥ 85% a final de 2022
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual. Departamento de Calidad y Responsables del Manchester en el SUMMA112.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Mantener el nivel de servicio del primer nivel

**INDICADOR** **Porcentaje de llamadas en nivel de servicio**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Número de llamadas en nivel de servicio
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de llamadas
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	El objetivo mantener la capacidad de respuesta del 1er contacto, para lo que se realiza la medición y seguimiento.
<b>META</b>	Mayor o igual que el 90 %.
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual.

**OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA TOMA DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES**

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** Aumentar las intervenciones para generar toma de conciencia en los profesionales sobre valores humanos en la atención sanitaria personalizada.

**INDICADOR:** % de reuniones con mandos intermedios en las que se abordan temas referentes a humanización de la asistencia (HAS) y atención al dolor (AD).

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de reuniones con RUF y con JG+ECO+TES0+TES ECO en los que se aborda en el orden del día un tema relativo a HAS y AD.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de reuniones con RUF y con JG+ECO+TES0+TES ECO en el periodo.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Actas de las reuniones.
<b>COMENTARIOS</b>	Los temas a tratar se harán por diferentes miembros del ED.
<b>META</b>	Mayor o igual que el 80 %.
<b>EVALUACIÓN</b>	Semestral





**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Aumentar las actuaciones de la Comisión de Atención del Dolor, Humanización y Calidad Percibida para mejorar la toma de conciencia de los profesionales.**

**INDICADOR: Variación porcentual de sesiones que realizan las comisiones**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de sesiones impartidas por la Comisiones referidas en el año 2022 - Nº de sesiones impartidas por la Comisiones referidas en el año 2021
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de sesiones impartidas por la Comisiones referidas en el año 2021.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro de sesiones del Departamento de Formación.
<b>COMENTARIOS</b>	
<b>META</b>	Porcentaje de variación $\geq 15\%$
<b>EVALUACIÓN</b>	Semestral

**OBJETIVO GENERAL 2: ADECUAR SUJECCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS**

**OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover la toma de conciencia sobre el uso de sujeciones físicas y químicas a través de acciones formativas dirigidas a los profesionales, orientadas a adecuar el uso de sujeciones**

**INDICADOR** Número de acciones formativas dirigidas a los profesionales y orientadas a evitar el uso inadecuado de sujeciones.

<b>FORMULA</b>	Número de acciones formativas dirigidas a los profesionales y orientadas a evitar el uso de sujeciones.
<b>NUMERADOR</b>	NO APLICA
<b>DENOMINADOR</b>	NO APLICA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro del Departamento de Formación.
<b>COMENTARIOS</b>	Programadas en el Plan de Formación para 2022. Indicador de proceso.
<b>META</b>	$\geq 4$
<b>EVALUACIÓN</b>	Semestral

**OBJETIVO 1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL (Objetivo 1 DG Humanización).**

**INDICADOR 1: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida**

<b>FORMULA</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>	<b>Acción 1.</b> Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2022. <b>Acción 2 y 3.</b> Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS)
<b>COMENTARIOS</b>	Acciones propuestas a desarrollar:





	<p><b>Acción 1:</b> Satisfacción global con la atención recibida en 2022.(% Pacientes satisfechos y muy satisfechos )</p> <p><b>Acción 2:</b> 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 por satisfacción global <math>\geq 95\%</math></p> <p><b>Acción 3:</b> Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.</p> <p>Las líneas prioritarias son: Entrevista semi estructurada a pacientes clave y Promover la participación de los pacientes en los comités</p>
<b>META</b>	<p><b>Acción 1:</b> <math>\geq 90\%</math></p> <p><b>Acción 2:</b> 5 acciones de mejora encuesta</p> <p><b>Acción 3:</b> 3 líneas CCP incluyendo las prioritarias.</p>
<b>EVALUACIÓN</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas
<b>INDICADOR 2 Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización</b>	
<b>FORMULA</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>	<b>Acción 1:</b> Autodeclarado y validado por la SGCAyCS
<b>COMENTARIOS</b>	<p><b>Acción 1:</b> Cumplir con los indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente y alcanzar el estándar.</p> <p><b>Acción 2:</b> 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).</p> <p><b>Acción 3.</b> Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio</p>
<b>META</b>	<p><b>Acción 1:</b> <math>\geq 90\%</math> de los indicadores</p> <p><b>Acción 2:</b> Informe de revisión con las acciones de mejora en todos los indicadores que no alcancen el estándar.</p> <p><b>Acción 3:</b> Identificación y propuesta de una buena práctica.</p>
<b>EVALUACIÓN</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas



<b>OBJETIVO 2: MEJORAR LA ATENCIÓN.(Objetivo 2 DG Humanización).</b>	
<b>INDICADOR 2: Porcentaje de acciones desarrolladas para disminuir reclamaciones</b>	
<b>FORMULA</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>	Acciones propuestas para desarrollar: Acciones propuestas para desarrollar: COMO ACC1:INICIATIVA Dsiminuir trato <b>Acción 1:</b> 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) <b>Acción 2:</b> 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%
<b>EVALUACIÓN</b>	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

<b>OBJETIVO 3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA. (Objetivo 3 DG Humanización)</b>	
<b>INDICADOR 1 Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización</b>	
<b>FORMULA</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>	Acciones propuestas a desarrollar: <b>Acción 1:</b> 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. <b>Acción 2:</b> Implantación de los Referentes de humanización por servicios /unidades. Indicar % de referentes de humanización designados. <b>Acción 3:</b> 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.
<b>META</b>	<b>Actividad 1:</b> Sesiones informativas y acciones formativas en > 80% de las áreas asistenciales. <b>Actividad 2:</b> Al menos 3 referentes de humanización, 1 en cada ámbito descrito: * 1 referente en el ámbito del centro coordinador * 1 referente en el ámbito de los servicios de urgencias de atención primaria y el centro de urgencias extra hospitalarias * 1 referente para el ámbito de los recursos móviles <b>Actividad 3:</b> Elaborado informe de resultados de la autoevaluación mediante el Modelo SER+HUMANO.
<b>EVALUACIÓN</b>	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)
<b>INDICADOR 2: Implementación de un sistema de difusión de las actividades y recursos on line de la Escuela Madrileña de Salud a todos los profesionales</b>	
<b>FORMULA</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>	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 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. 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. 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
<b>META</b>	Alcanzado: existencia de un sistema de difusión de las actividades y recursos online de la Escuela Madrileña de Salud a los profesionales
<b>EVALUACIÓN</b>	





Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contrato Programa 2022 SUMMA112

<b>OBJETIVO 1: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES. (OBJ 1 DG SALUD PÚBLICA)</b>	
<b>INDICADOR :Cobertura de vacunación de gripe , personal sanitario (Objetivo 1 DG Salud Publica)</b>	
<b>FORMULA</b> Porcentaje de personal sanitario vacunado de gripe	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de personas vacunadas
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de personas a vacunar
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro vacunas
<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>	Tendencia ascendente
<b>EVALUACIÓN</b>	<b>ANUAL</b>



### 3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

#### OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA

##### OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Porcentaje de pacientes con PCR recuperada

INDICADOR	Porcentaje de pacientes con PCR recuperada
FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de PCR recuperada
DENOMINADOR	Nº PCR atendidas.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Pacientes con PCR recuperada de todas las PCR atendidas
META	≥ alcanzado en 2021 (Tendencia igual o ascendente).
EVALUACIÓN	Trimestral

##### OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Códigos Infarto trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min(traslados primarios)

##### INDICADOR: % pacientes clasificados como "código infarto" trasladados al hospital idóneo en tº adecuado

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de "Alerta Código Infarto" con tiempo transferencia ≤ 60min
DENOMINADOR	Nº de "Alerta Código Infarto" .
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Códigos Infarto trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min
META	≥ 70%
EVALUACIÓN	Bimestral

##### OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Códigos ICTUS trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60min(traslados primarios)

##### INDICADOR: % pacientes clasificados como "código ICTUS" trasladados al hospital idóneo en tº adecuado

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de "Alerta Código ICTUS" con tiempo de transferencia ≤ 60min
DENOMINADOR	Nº de "Alerta Código ICTUS."
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Códigos ICTUS trasladados al hospital en un tiempo ≤ de 60min
META	≥ 70%
EVALUACIÓN	Bimestral

##### OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Traumas Graves trasladados al hospital en un tiempo ≤60min(traslados primarios)

##### INDICADOR % de pacientes clasificados como trauma grave trasladados al hospital en tiempo adecuado.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de "Alerta Trauma Grave" con tiempo transferencia ≤ 60min
DENOMINADOR	Nº de "Alerta Trauma Grave"
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Traumas graves trasladados al hospital en un tiempo ≤ 60 min. Se excluye en los que es precisa la extricación del paciente.
META	≥ 70%
EVALUACIÓN	





**OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Formar parte de la implantación del Código SEPSIS: Número de pacientes detectados para alerta de Código SEPSIS.**

**INDICADOR Número de pacientes con Código Sepsis.**

<b>FORMULA</b>	Número de Pacientes Código SEPSIS.
<b>NUMERADOR</b>	NO APLICA
<b>DENOMINADOR</b>	NO APLICA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA112.
<b>COMENTARIOS</b>	Se busca mejorar la identificación del Código SEPSIS.
<b>META</b>	Tendencia Ascendente.
<b>EVALUACIÓN</b>	Bimestral.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Formar parte de la implantación del Código Aorta: % servicios con tiempo de respuesta  $\leq$  30min (TIH)**

**INDICADOR : % de pacientes con Código Aorta en los que el tiempo de respuesta (se acude a centro de origen desde la llamada de este) es  $\leq$  30 minutos**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes con Código Aorta en los que el tiempo de respuesta (se acude a centro de origen desde la llamada de este) es $\leq$ 30 minutos
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de Traslados Interhospitalarios debidos a un Código Aorta.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	Se valora el tiempo respuesta del SUMMA112, tiempo entre la recepción de la llamada desde el hospital de origen hasta que el recurso móvil que va a hacer el traslado interhospitalario llega al dicho hospital a de origen para recoger al paciente.
<b>META</b>	Tendencia ascendente.
<b>EVALUACIÓN</b>	Bimestral

**OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA TASA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN LA C. DE MADRID**

**OBJETIVO ESPECÍFICO: Aumentar el nº de activaciones de Código 0 tras PCR no recuperada.**

**INDICADOR: Número de activaciones de Código 0 por el equipo del SUMMA112 tras parada no recuperada.**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	NO APLICA
<b>DENOMINADOR</b>	NO APLICA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	No activación de código 0 tras PCR no recuperada
<b>META</b>	Tendencia Ascendente
<b>EVALUACIÓN</b>	Seguimiento Bimestral. Valoración Semestral y Anual.





**OBJETIVO GENERAL 3: MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.**

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Prevalencia del uso de antibióticos de primera elección.**

**INDICADOR: % de ABS de primera elección.**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de prescripciones de AB en MUP de primera elección.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de prescripciones de AB en MUP
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (farm@drid y farm@web).
<b>COMENTARIOS</b>	Los antibióticos de amplio espectro deben ser evitados en la medida de lo posible y reservarse para aquellas situaciones en las que los de espectro reducido no son eficaces. Los antimicrobianos de primer nivel dependen de las recomendaciones basadas en la evidencia y de los datos de resistencias a los antimicrobianos del área de estudio. En este indicador se monitoriza el uso relativo de los antibióticos de espectro reducido, indicados en un alto porcentaje de las infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas que se tratan Tendencia de mejora: Al alza, priorización del uso de antibióticos de espectro reducido frente a otros de mayor espectro.
<b>META</b>	35%-45% (menor cifra del indicador 2021:35% y mejor 2020:42,7%)
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles**

**INDICADOR: Porcentaje de incidencias de temperatura de las neveras de medicación.**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de casos de Tº de neveras fuera de rango
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de casos de control de Tª neveras
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistemas de información SUMMA 112
<b>COMENTARIOS</b>	
<b>META</b>	≤ 20%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Revisión de la dotación de material y productos sanitarios y carros de parada en todos los cambios de turno.**

**INDICADOR: Porcentaje de correcta cumplimentación del registro de revisión**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de registros de revisiones efectuadas en SVA Y UAD
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de registros de revisiones previstas
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistemas de información SUMMA 112
<b>COMENTARIOS</b>	
<b>META</b>	≥ 80%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual





**OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA ADECUACION DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A CADA GRADO DE URGENCIA**

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar el tiempo de respuesta en incidentes 0**

**INDICADOR : Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0**

<b>FORMULA</b>	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar en incidentes 0.
<b>NUMERADOR</b>	NO APLICA
<b>DENOMINADOR</b>	NO APLICA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistema de Información SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	Es la mediana del tiempo
<b>META</b>	15 minutos +/-5
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Mejorar el tiempo de respuesta en incidentes 1**

**INDICADOR Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1.**

<b>FORMULA</b>	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar incidentes 1 .
<b>NUMERADOR</b>	NO APLICA
<b>DENOMINADOR</b>	NO APLICA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistemas de información SUMMA 112
<b>COMENTARIOS</b>	Es la mediana del tiempo
<b>META</b>	60 minutos +/-15
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL**

**O.ESPECÍFICO 1: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con disminución del nivel de conciencia.**

**INDICADOR % de pacientes con disminución del nivel de conciencia (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se ha realizado y registrado una glucemia (GLU) y una toma de temperatura (Tª).**

<b>FORMULA</b>	Numerador/Denominador * 100
<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes con disminución del nivel de conciencia (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se ha realizado y registrado una GLU y una toma de Tª.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de pacientes atendidos con disminución del nivel de conciencia (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS), atendidos.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
<b>COMENTARIOS</b>	CRITERIO: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: o Paciente con disminución del nivel de conciencia, recoger glucemia y temperatura.
<b>META</b>	≥ 70%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual



**O. ESPECÍFICO 2: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dolor torácico de características isquémicas.**

**INDICADOR % de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	1.- Nº de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones. 2.- Nº de pacientes con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.
<b>DENOMINADOR</b>	1 y 2: Nº de pacientes atendidos con dolor torácico de características isquémicas (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) atendidos.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS y AUDITORÍA del Informe Clínico Electrónico
<b>COMENTARIOS</b>	CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: En dolor torácico de características isquémicas, ECG de doce derivaciones con interpretación.
<b>META</b>	≥ 80% y ≥ 60%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual (realización ECG) /Trimestral (Registro valoración del ECG).

**O. ESPECÍFICO 3: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dificultad respiratoria.**

**INDICADOR Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dificultad respiratoria.**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia respiratoria.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) atendidos.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
<b>COMENTARIOS</b>	CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: En pacientes con dificultad respiratoria siempre medir frecuencia respiratoria.
<b>META</b>	≥ 50%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**O. ESPECÍFICO 4: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con sospecha de patología infecciosa.**

**INDICADOR % de pacientes con patología infecciosa (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma la temperatura (Tª) y frecuencia respiratoria (FR) (o registro de ausencia o presencia de "taquipnea")**

<b>FORMULA</b>	<b>Numerador/Denominador * 100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes con sospecha de patología infecciosa (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma la Tª y FR (o registro de "taquipnea").
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de pacientes con patología infecciosa (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) atendidos.





<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS y/o AUDITORÍA de ICE
<b>COMENTARIOS</b>	CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: En pacientes con patología infecciosa recoger siempre Tª y FR o registro de si tiene o no taquipnea.
<b>META</b>	≥ 60%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual (Tª y FR), Trimestral (Registro Taquipnea por auditoría).
<b>O. ESPECÍFICO 5: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con Trauma grave</b>	
<b>INDICADOR % de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.</b>	
<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) atendidos.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS y AUDITORÍA del Informe Clínico electrónico.
<b>COMENTARIOS</b>	1.- CRITERIOS: En patologías especialmente prevalentes recoger algún dato clínico importante en la historia: o En trauma grave siempre recoger siempre la reevaluación del paciente.
<b>META</b>	≥ 80%
<b>EVALUACIÓN</b>	Auditoría Trimestral del Registro de la Reevaluación.

**OBJETIVO GENERAL2: DISMINUIR LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LAS ENFERMERAS**

**OBJETIVO ESPECÍFICO: Facilitar la gestión del conocimiento y la actualización de la competencia enfermera a los profesionales.**

**INDICADOR: Actualizar al menos el 75% de los procedimientos de activación y Guías de actuación de SVA E**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de procedimientos de activación y la Guías de actuación de SVA Enfermería revisados y actualizados
<b>DENOMINADOR</b>	Nº de procedimientos de activación y la Guías de actuación de SVA Enfermería cuya revisión y actualización se programa para 2022
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro de edición y/o versión.
<b>COMENTARIOS</b>	Es un indicador de proceso
<b>META</b>	≥ 75%
<b>EVALUACIÓN</b>	Trimestral



**OBJETIVO GENERAL 1: ADECUAR EL TIEMPO DE RESPUESTA PARA EL TRASPORTE SANITARIO URGENTE (TSU) DESDE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS. (OBJ 1 DG COORDINACION SOCIOSANITARIA)**

**INDICADOR 1: Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0 en centros sociosanitarios.**

**INDICADOR 2: Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1 en centros sociosanitarios.**

<b>FORMULA</b>	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar en incidentes 0 con propuesta de recurso 0 en pacientes ingresados en centros sociosanitarios. Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar incidentes 1 con propuesta de recurso 1 en pacientes ingresados en centros sociosanitarios.
<b>NUMERADOR</b>	NO APLICA
<b>DENOMINADOR</b>	NO APLICA
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	El tiempo es una mediana.
<b>META</b>	1. 15 min +/- 5    2. 60 min +/-15
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual

**OBJETIVO EGENERAL 2: ADECUAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PARA TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO (TP) DESDE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS. (OBJ 2 DG COORDINACION SS)**

**INDICADOR 1: % de viajes en transporte individual con tiempo de recorrido  $\leq$  50 minutos entre centro socio sanitario y hospital (en la ida o en la vuelta) cuando disten  $\geq$  25 kilómetros.**

**INDICADOR 2: % de viajes en transporte colectivo con tiempo de recorrido  $\leq$  80 minutos entre centro socio sanitario y hospital (en la ida o en la vuelta) cuando disten más de 25 kilómetros.**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	1.Nº viajes en transporte individual con tiempo de recorrido $\leq$ 50 min entre centro sociosanitario y hospital cuando disten $\geq$ 25 kilómetros. 2.Nº viajes en transporte colectivo con tiempo de recorrido $\leq$ 80 min entre centro sociosanitario y hospital cuando disten $\geq$ 25 kilómetros.
<b>DENOMINADOR</b>	1. Nº total de viajes en transporte individual entre centros sociosanitario y hospital (en la ida o en la vuelta) cuando disten $\geq$ 25 kilómetros. 2. Nº total de viajes en transporte colectivo entre centros sociosanitarios y hospital (en la ida o en la vuelta) cuando disten $\geq$ 25 kilómetros.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS TP SUMMA112
<b>COMENTARIOS</b>	Se consideran tanto los viajes de ida como los viajes de vuelta. La unidad de medida es el viaje.
<b>META</b>	1.- 90%    2.-82%
<b>EVALUACIÓN</b>	Mensual.





**OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (Objetivo 1 para SUMMA 112 DG Humanización y Atención al paciente)**

**INDICADOR 1: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente**

<b>FORMULA</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>	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCAyCS) Acción 3: CISEMadríd
<b>COMENTARIOS</b>	<p><b>Acción1: Rondas de seguridad.</b> Reuniones <i>on line</i> con Unidades Funcionales que incluyan temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas</p> <p><b>Acción 2: Objetivos prioritarios.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>-Desarrollo de al menos <u>2</u> líneas de actuación del Comité de adecuación de la <u>práctica clínica</u> (seleccionadas de entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones)</li><li>- Desarrollar <u>actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales.</u></li><li>-<u>Desplegar las actuaciones del DECRETO 4/2021</u>, 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.</li></ol> <p><b>Acción 3: Implantación de CISEMadríd</b> (definición de los requisitos funcionales necesarios para trasladar a sistemas de información y comenzar con el desarrollo e implementación)</p>
<b>META</b>	Acción 1: Al menos 1 Ronda por cada Unidad Funcional del SUMMA. Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios. Acción 3: Definición de los requisitos funcionales para la implantación de CISEMadríd
<b>EVALUACIÓN</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

**INDICADOR 2: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras*100
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones propuestas (1)
<b>FUENTE DATOS</b>	Autodeclarado y validado por la SGCAyCS
<b>COMENTARIOS</b>	<p><b>Acción 1.</b> Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención&gt;95%) y formación de profesionales, en especial nueva incorporación</p>
<b>META</b>	Acción 1: 100% de actuaciones prioritarias realizadas
<b>EVALUACIÓN</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas





<b>INDICADOR 3: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor</b>	
<b>FORMULA</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 DATOS</b>	Autodeclarado. Validación por SGCAyCS
<b>COMENTARIOS</b>	<b>Acción 1:</b> Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición $\geq$ del dolor como una quinta constante, mediante escalas de valoración <b>Acción 2:</b> Desarrollo de líneas de actuación prioritarias en los Comités de atención al dolor 1. Promover la participación y coordinación entre niveles asistenciales y profesionales. 2. Promover la participación de los pacientes. 3. Identificación y propuesta de una buena práctica para la mejora de la atención al dolor.
<b>META</b>	<b>Acción 1:</b> $\geq$ 20% <b>Acción 2:</b> 100% de actuaciones prioritarias realizadas
<b>EVALUACIÓN</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

<b>OBJETIVO: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD (Objetivo 2 para SUMMA 112 DG Humanización y Atención al paciente)</b>	
<b>INDICADOR Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad</b>	
<b>FORMULA</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>	<b>Acción 1:</b> Realización de la autoevaluación con el Modelo EFQM <b>Acción 2:</b> Implantación/ Certificación UNE EN ISO 14001:2015 de Sistema de Gestión ambiental (SGA) <b>Acción 3:</b> Complimentación del Cuestionario de autoevaluación RSS y análisis del mismo, identificando las áreas de mejora detectadas
<b>META</b>	Acción 1: Realizada la autoevaluación Acción 2: Implantado/certificado SGA Acción 3: Complimentado el cuestionario RSS 2021 y al menos 1 área de mejora identificada
<b>EVALUACIÓN</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas





## 4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

### OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ORGANIZACIÓN

**O.ESPECÍFICO 1: ALCANZAR QUE AL MENOS EL 50% DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL SUMMA112 EN EL AÑO EN CURSO (excluidos los del O.E.3).**

**INDICADOR % Profesionales sanitarios distintos formados en líneas estratégicas de la organización**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº Profesionales sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
<b>COMENTARIOS</b>	Profesionales sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas. Incluye tanto la Formación Descentralizada del Plan de Formación propio del SUMMA112 como la oferta de centralizada de actividades formativas incluidas en las LE del SUMMA112. Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
<b>META</b>	≥ 50%
<b>EVALUACIÓN</b>	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.

### OBJETIVO ESPECÍFICO 2: ALCANZAR QUE AL MENOS EL 15% DE LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL SUMMA112 EN EL AÑO EN CURSO

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

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº Profesionales no sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 5 horas.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
<b>COMENTARIOS</b>	Profesionales no sanitarios distintos que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas. Incluye tanto la Formación Descentralizada del Plan de Formación propio del SUMMA112 como la oferta de centralizada de actividades formativas incluidas en las LE del SUMMA112.
<b>META</b>	≥ 15%
<b>EVALUACIÓN</b>	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.





**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: ALCANZAR QUE AL MENOS EL 20% DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN EN UNO DE LOS CÓDIGOS DE EMERGENCIAS (ICTUS, CERO, POLITRAUMA, INFARTO, SEPSIS).**

**INDICADOR % de profesionales sanitarios que han recibido formación en uno de los Códigos.**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de profesionales sanitarios distintos que hayan realizado formación en uno de los códigos ICTUS, INFARTO, CERO, POLITRAUMA Y SEPSIS, incluidos en el Plan de Formación Continuada.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
<b>COMENTARIOS</b>	Tanto la formación que dan las comisiones como la oferta externa que entra en el PFC del SUMMA112. Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
<b>META</b>	≥ 30%
<b>EVALUACIÓN</b>	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.

**OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA CAPACITACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

**OBJETIVO ESPECÍFICO: PROMOVER LA INVESTIGACIÓN OFERTANDO AL MENOS DOS ACTIVIDADES FORMATIVAS UNA PARA NIVEL BÁSICO Y OTRA PARA NIVEL AVANZADO DE INVESTIGACIÓN**

**INDICADOR: % de profesionales sanitarios distintos que acuden a actividad de formación en investigación.**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Número de profesionales sanitarios que realizan al menos una actividad de formación en investigación.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de profesionales sanitarios.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
<b>COMENTARIOS</b>	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
<b>META</b>	≥ 5%
<b>EVALUACIÓN</b>	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.





**OBJETIVO 1: :IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD**

**Objetivo 1 hospitales DG de Investigación, Docencia y Documentación HOSPITALES/ AP/ SUMMA 112**

**INDICADOR 1. 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>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Presupuesto ejecutado correspondiente a actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el SUMMA 112
<b>DENOMINADOR</b>	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para SUMMA 112.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	La fuente de datos para el seguimiento serían los datos de SUMMA 112, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS</b>	Sería aplicable al ámbito asistencial hospitalario, de atención primaria y SUMMA 112. La referencia sería siempre sobre 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 2: 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, de SUMMA 112.**

<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el SUMMA112
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2022 aprobado para el centro el SUMMA 112
<b>FUENTE DE DATOS</b>	La fuente de datos para el seguimiento son los datos de SUMMA 112, 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 seis meses.



<b>OBJETIVO 2: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN. (Ob 2 DG INVESTIGAC)</b>	
<b>INDICADOR 2.a:</b> Nº de proyectos de investigación activos por cada 1000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	
<b>FÓRMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos durante 2022} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022}) - (\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos en 2021} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2021})$
<b>DENOMINADOR</b>	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos en 2021} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2021})$
<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>	<b>Proyecto activo:</b> Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente. <b>No se incluyen</b> los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado. El indicador se corresponde con el denominado "Proyectos activos" dentro del epígrafe "Proyectos de Investigación" del Observatorio de Resultados del SERMAS.
<b>META</b>	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%
<b>EVALUACIÓN</b>	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación - Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación
<b>INDICADOR 2:</b> Número de investigadores en proyectos de investigación activos.	
<b>FORMULA</b>	$\text{N}^\circ \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022}$
<b>NUMERADOR</b>	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022}) - (\text{N}^\circ \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2021})$
<b>DENOMINADOR</b>	$\text{N}^\circ \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2021}$
<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>	<b>Investigadores con participación en proyectos:</b> Profesionales con vinculación funcional, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan: (a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien (b) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado,





	<p>gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma. Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria. El indicador se corresponde con el denominado “Investigadores con participación en proyectos” del Observatorio de Resultados del SERMAS.</p>
<b>META</b>	Igual o mayor al 90% del valor indicado en 2021
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación</p>
<b>OBJETIVO: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO. (Objetivo 3 DG INVESTIGACIÓN)</b>	
<b>INDICADOR: N° de publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/o PubMed en las que participan profesionales del SUMMA 112 por cada 100 Profesionales Sanitarios con Titulación Universitaria (PSFU)</b>	
<b>FORMULA</b>	
<b>NUMERADOR</b>	(N° absoluto de publicaciones con autores del SUMMA 112 en 2022 *100 / N° de PSFU en 2022) – (N° absoluto de publicaciones con autores del SUMMA 112 en 2021 *100 / N° de PSFU en 2021)
<b>DENOMINADOR</b>	N° de PSFU en 2022
<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>Publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/ o PubMed:</b> Número de artículos publicados, en el año evaluado, en revistas científicas recogidas en las bases de datos Scopus, web of Science y/o PubMed, y en los que al menos un autor tenga filiación con el centro o esté adscrito al Instituto de Investigación Sanitario. En las publicaciones se consideran únicamente artículos originales y revisiones. No se incluyen editoriales, publicaciones en prensa, cartas al editor, libros ni capítulos de libros. El indicador se corresponde con el denominado “Publicaciones recogidas en Scopus, WoS, PubMed” del Observatorio de Resultados del SERMAS.</p>
<b>META</b>	<p>Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15 %</p>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a que se haya alcanzado la meta. Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación - Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación</p>



## VII. ANEXO 2. RECURSOS HUMANOS Y MEDIOS ESTRUCTURALES

GERENCIA	SUMMA 112		Total EFECTIVOS	TOTAL
	EFECTIVOS			
ESPECIALIDAD	FIJO	INTERINO		
MEDICINA DEL TRABAJO	3	1	4	4
PSICOLOGIA CLINICA		6	6	6
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

SUMMA 112		SUMMA 112	
PUESTOS DIRECTIVOS		MANDOS INTERMEDIOS	
PUESTO	Total	PUESTO	Total
SUBDIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	2	SUPERVISOR/A DE UNIDAD	6
SUBDIRECTOR/A MÉDICO	3	JEFE DE SERVICIO	5
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN	2	JEFE DE SERVICIO	1
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	1	JEFE DE SECCIÓN	6
DIRECTOR/A DE GESTIÓN	1	JEFE DE GRUPO	11
DIRECTOR/A GERENTE	1	ENFERMERO/A JEFE DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	1
DIRECTOR/A MÉDICO	2	JEFE DE EQUIPO	6
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	RESPONSABLE DE UNIDAD FUNCIONAL	26
		COORDINADOR/A MÉDICO DE EQUIPOS	5
		RESPONSABLE DE UNIDAD FUNCIONAL (JEFE DE GUARDIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	9
		<b>TOTAL</b>	<b>76</b>



GERENCIA		SUMMA 112					
TIPO_CAT	CATEGORIAS	EFECTIVOS			Total EFECTIVOS	AUTORIZACIONES RENOVACION COVID	TOTAL
		FUJO	INTERINO	EVENTUAL			
SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA	FACULTATIVO ESPECIALISTA	3	7		10		10
	MEDICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	317	159	2	478	4	482
	FARMACEUTICO	1			1		1
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	1	2		3		3
	ENFERMERO/A DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	269	119	20	408	73	481
<b>Total SANIT. DE FORM. UNIVERSITARIA</b>		<b>591</b>	<b>287</b>	<b>22</b>	<b>900</b>	<b>77</b>	<b>977</b>
SANIT. DE FORM. PROFESIONAL	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO	2	4		6		6
	TECNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN RADIOLOGICO	3	3		6		6
	TECNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	3	17		20		20
	TECNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS	37	441	48	526	90	616
<b>Total SANIT. DE FORM. PROFESIONAL</b>		<b>45</b>	<b>465</b>	<b>48</b>	<b>558</b>	<b>90</b>	<b>648</b>
P. GESTION Y SERV.	GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA	0	3		3		3
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR		1		1		1
	TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		2		2		2
	GRUPO DE GESTION DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA		3		3		3
	PERSONAL TECNICO GRADO MEDIO	1	2		3		3
	TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		3	1	4		4
	GRUPO ADMINISTRATIVO	8	4		12		12
	TECNICO ESPECIALISTA EN SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		4		4		4
	AUXILIAR DE TRANSPORTE SANITARIO	63	1		64		64
	CONDUCTOR	55	33		88		88
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	14	36	3	53	5	58
	LOCUTOR		12		12		12
CELADOR	87	27		114		114	
<b>Total P. GESTION Y SERV.</b>		<b>228</b>	<b>131</b>	<b>4</b>	<b>363</b>	<b>5</b>	<b>368</b>
<b>TOTAL</b>		<b>864</b>	<b>883</b>	<b>74</b>	<b>1.821</b>	<b>172</b>	<b>1.993</b>

CRÉDITO INICIAL CAPÍTULO I AÑO 2022

Centro Gestor	DENOMINACIÓN CENTRO GESTOR	PROGRAMA				SUMA
		312A	312B	312F	313C	
171188401	SUMMA 112				103.475.109,00	103.475.109,00

Etiquetas de	GASTOS DE PERSONAL	GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	GASTOS FINANCIEROS	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	INVERSIONES REALES	ACTIVOS FINANCIEROS	TOTAL GENERAL
SUMMA-112	103.475.109,00	70.849.937,00		216.108,00		42.927,00	174.584.081,00

CENTRO GESTOR	NOMBRE CENTRO	PRESUPUESTO 2021	FACTURADO 2021	RECAUDADO 2021	difa facturado ppto	FACTURACION OBJETIVO 2022
171188401	SUMMA 112	1.271.934,00	1.674.340,22	1.591.145,22	402.406,22	1.674.340,22

