

Contrato Programa con la Dirección-Gerencia del SUMMA112 2023



INDICE

I INTRODUCCIÓN	3
II MARCO NORMATIVO.....	3
III MARCO ESTRATEGICO	4
IV CONDICIONES GENERALES	7
V OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO	10
ANEXO FICHAS DE INDICADORES DEL SUMMA 112	13
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	13
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS.....	15
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS.....	22
4. PERSPECTIVA INNOVACION, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	35
VI RECURSOS HUMANOS	41
VII CARTERA DE SERVICIOS/EQUIPAMIENTO	43

I INTRODUCCIÓN

Los contratos programa (C.P.) en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) son acuerdos entre la Dirección General del Proceso Integrado de la Salud, representada por el Vice consejero 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 SERMAS y las principales líneas de actuación en política sanitaria que determina la Comunidad de Madrid.

El C.P. 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 C.P. 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 SERMAS, 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 SERMAS, 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 SERMAS y sus Entes dependientes o adscritos.



- La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el SERMAS 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 SERMAS.
- 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 SERMAS, en su artículo 24 regula el C.P. de las organizaciones del SERMAS 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 C.P. 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 C.P.

El apartado 6 de dicho artículo establece que el cumplimiento del C.P. 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 ESTRATEGICO

El Marco Estratégico del Servicio Madrileño de Salud recoge 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 co-gobernanza 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 socio-sanitaria 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, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN:

- 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 C.P., 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 2023 se han establecido como elementos fundamentales de actuación en el ámbito del SUMMA112 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 C.P. 2023 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del SUMMA112 y la Dirección General del SERMAS.

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.

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 SERMAS.
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 SERMAS 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 2023.

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

Capítulo I Gastos de Personal **110.641.201,00€**
Formación de Personal Sanitario

Capítulo II Bienes Corrientes y de Servicios **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 2023 de las retribuciones del personal.

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2023 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha. Esta cifra de efectivos no podrá superarse a lo largo del ejercicio, salvo durante el plazo de vigencia de las contrataciones realizadas para nuevas actuaciones especiales, que deberán ser expresamente autorizadas. Así como, por la ejecución de las actuaciones de reducción de la lista de espera con el límite de la financiación adicional dotada a tal efecto

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

Quedan al margen de la financiación contemplada en el presente C.P.:

- 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 C.P.

Asimismo, el SERMAS facilitará al SUMMA112 los recursos humanos y los medios estructurales conforme al detalle que de unos y otros figuran en el apartado VI y VII del presente C.P.

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 SUMMA112 ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento y serán aprobadas por el SERMAS 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 para su actualización, en aquellos casos en los que exista un tercero obligado al pago, las previsiones son las siguientes:

Facturación a Terceros: 1.830.388,00 €

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, a **24 de abril de 2023.**

El Viceconsejero de Gestión Económica y Director General del Servicio Madrileño de Salud D. Pedro Irigoyen Barja	El Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública y Director General del Servicio Madrileño de Salud D. Fernando Prados Roa
El Director Gerente del SUMMA 112 D. Manuel J. Guiote Linares	

V OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

PONDERACIÓN 30/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
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.	SUMMA112	% 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	7,5
CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO I FIJADO EN EL CONTRATO PROGRAMA	Objetivo 1 de la DGRHH	DGRHH	Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo I	7,5
MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS	Objetivo 1 DGGEF	DGEF	Cumplimiento del objetivo de gasto en capítulo II	7,5
		DGEF	Cumplimiento del objetivo de facturación previsto para el Centro	7,5

2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

PONDERACIÓN 25/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA	Disminuir un 3% de reclamaciones por el motivo más frecuente (demora en la asistencia)	SUMMA112	Variación del porcentaje de reclamaciones por motivo más frecuente (demora en la asistencia)	2
MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE	Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida	SUMMA112	Porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida	1
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	SUMMA112	Valor medio alcanzado en las auditorías del Sistema de Triaje Telefónico Manchester (STTM)	2
	Mantener el nivel de servicio del primer nivel	SUMMA112	Porcentaje de llamadas en nivel de servicio	1
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	SUMMA112	Porcentaje de reuniones con mandos intermedios en las que se abordan temas referentes a humanización de la asistencia (HAS), atención al dolor (AD), Seguridad del Paciente (SP) y Calidad Asistencial (Efectividad de la Asistencia (EA))	3
	Aumentar las actuaciones de la Comisión de Atención al Dolor, Humanización y Calidad Percibida para mejorar la toma de conciencia de los profesionales	SUMMA112	Variación porcentual de sesiones que realizan las comisiones	2
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.	SUMMA112	Número de acciones formativas dirigidas a los profesionales y orientadas a evitar el uso inadecuado de sujeciones.	1
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
MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE	Objetivo 2 de la DG Humanización. Disminuir el número de reclamaciones	DG HUMANIZACIÓN	Porcentaje de disminución de las reclamaciones	2
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
			Existencia en la página WEB del SUMMA 112 de un espacio informativo para la población con la URL de acceso a la plataforma virtual de aprendizaje de la Escuela Madrileña de Salud e información sobre sus recursos de alfabetización en salud	1
PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	Objetivo 1 de la DG Salud Pública	DG SALUD PÚBLICA	Cobertura de vacunación de gripe , personal sanitario	1



3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS

PONDERACIÓN 30/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
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 tiempo 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 tiempo 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 Sepsis	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
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	1,5
	2.- Racionalización del uso de fluorquinolonas	SUMMA 112	% de consumo de fluorquinolonas (DDD)	1
	3.- Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles	SUMMA 112	% de incidencias detectadas en temperatura de las neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las Unidades Asistenciales	0,5
		SUMMA 112	Número de incidentes registrados que requieran actuación con la medicación en los equipos de frío del Servicio de Farmacia	0,5
4.- Revisión de los carros de parada del SUMMA112	SUMMA 112	% de correcta cumplimentación del registro de revisión de los carros de parada	0,5	
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	2
	2.- Mejorar el tiempo de respuesta en incidente 1	SUMMA 112	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1	1
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 ³)	0,5
	2.- Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardíaco o patología isquémica cardíaca	SUMMA 112	% de pacientes con patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardíaco o patología isquémica cardíaca (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	% de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia 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 ³) 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.- Mejorar la atención en el Estatus Epiléptico		% de pacientes con Estatus Epiléptico trasladados a hospital que recibe doble terapia con benzodiacepina y levetiracetam	0,5
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 SVAE	1
MEJORAR EN EL CUMPLIMIENTO DE RESPUESTA PARA EL TRANSPORTE SANITARIO URGENTE (TSU) DESDE LOS CENTROS SOCIOASISTENCIALES	Objetivo 1 de la DG de Coordinación Socioasistencial	DG COORD. SOCIOASISTENCIAL	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 0 en centros socioasistenciales	1
		DG COORD. SOCIOASISTENCIAL	Tiempo de respuesta (tiempo llamada-llegada) en incidentes 1 en centros socioasistenciales	0,5
MEJORAR EN EL CUMPLIMIENTO DE RESPUESTA PARA EL TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO (TP) DESDE LOS CENTROS SOCIOASISTENCIALES	Objetivo 2 de la DG de Coordinación Socioasistencial	DG COORD. SOCIOASISTENCIAL	% de traslados no realizados de usuarios residentes en Centros Socioasistenciales	1
		DG COORD. SOCIOASISTENCIAL	% de traslados realizados en el doble de tiempo del establecido de usuarios residentes en Centros Socioasistenciales	0,5
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
CONSOLIDAR 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

PONDERACIÓN 15/100

OBJETIVO GENERAL (OG)	OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
PROMOVER LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS (LE) DE LA ORGANIZACIÓN	1.- Alcanzar que al menos el 60% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en las LE del SUMMA112 en el año en curso	SUMMA 112	% Profesionales sanitarios 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	SUMMA 112	% Profesionales no sanitarios formados en líneas estratégicas de la organización	1
	3.- Alcanzar que al menos el 30% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en uno de los Códigos de emergencias (ICTUS, INFARTO, TRAUMA, SEPSIS) incluidos en el Plan de Formación Continuada	SUMMA 112	% de profesionales sanitarios que han recibido formación en uno de los Códigos	2
MEJORAR LA CAPACITACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE LOS PROFESIONALES	Promover la investigación ofertando al menos dos actividades formativas una para nivel básico y otra para nivel avanzado de investigación	SUMMA 112	% de profesionales sanitarios que acuden a actividad de formación en investigación	1
			Número de profesionales que realizan un itinerario formativo (acuden al menos a dos cursos)	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 de la DG de Investigación, Docencia e Innovación (DGIDI)	DGIDI	Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2023, del centro gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación	2
		DGIDI	Porcentaje de actividades formativas desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas), respecto al total de actividades desarrolladas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 de SUMMA112, aprobado por la DG de Investigación Docencia e Innovación	2
POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	Objetivo 2 de la DG de Investigación, Docencia e Innovación	DGIDI	Nº de proyectos de investigación activos por cada 1000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)	2
			Número de investigadores en proyectos de investigación activos	1
POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO	Objetivo 3 de la DG de Investigación, Docencia e Innovación	DGIDI	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



ANEXO FICHAS DE INDICADORES DEL SUMMA 112

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 interhospitalarios a centros de media y larga estancia desde los centros de origen

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

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	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
DENOMINADOR	Nº total de pacientes trasladados desde el centro de origen al centro de media y larga estancia en el día
FUENTE DE DATOS	Sistema de Información de Transporte Programado del SUMMA112.
COMENTARIOS	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
META	85%
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO GENERAL 2: CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO I FIJADO EN EL CONTRATO PROGRAMA

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 1 DG RRHH

INDICADOR: Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo I

FORMULA	Numerador/Denominador *100
NUMERADOR	Gasto computable 2023 a efectos del contrato programa 2023
DENOMINADOR	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado para el año 2023.
FUENTE DE DATOS	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
COMENTARIOS	A las obligaciones reconocidas hay que descontar, entre otros conceptos: asignación para la liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc
META	Resultado igual o inferior a 1 (100%)



EVALUACIÓN	<p>La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, asignando una puntuación del 100% del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100%</p> <p>Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100%</p> <p>Valoración regresiva desde más de 1, hasta 1,02. Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0</p>
-------------------	---

OBJETIVO GENERAL 3: MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 1 DGGEF

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

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

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

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



2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

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

OBJETIVO ESPECÍFICO: Disminuir un 3% con relación al año anterior las reclamaciones por motivo más frecuente (demora en la asistencia)

INDICADOR: Variación del % de reclamaciones por motivo más frecuente (demora en la asistencia)

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	% de reclamaciones por demora en la asistencia en 2023 - % de reclamaciones por demora en la asistencia en 2022
DENOMINADOR	% reclamaciones por demora en la asistencia en 2022
FUENTE DE DATOS	CESTRACK/ ATENCION AL USUARIO SUMMA112
COMENTARIOS	El motivo más frecuente en el SUMMA112 incluyendo el transporte sanitario no urgente es la demora en la asistencia.
META	≥3%
EVALUACIÓN	Bimestral

OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO: Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida

INDICADOR: Porcentaje de pacientes satisfecho y muy satisfechos con la atención recibida

FORMULA	(N.º pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida / N.º total pacientes) x 100
NUMERADOR	N.º pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida
DENOMINADOR	N.º total pacientes
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción a los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2023
COMENTARIOS	
META	Alcanzado: - 100% si ≥90% - 90% si ≥ 85% - 80% Si ≥80% - 70% Si ≥ 75% - 60% si < 75%
EVALUACIÓN	ANUAL



OBJETIVO GENERAL 3: MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA RESOLUCIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Aumentar la estandarización de la actuación sanitaria para la correcta identificación y adecuada resolución de la necesidad del paciente.

INDICADOR: Valor medio alcanzado en las auditorías del Sistema de Triage Telefónico Manchester (STTM)

FORMULA	Puntuación obtenida en la auditoria del STTM
NUMERADOR	No aplica
DENOMINADOR	No aplica
FUENTE DE DATOS	Registro de auditorías MANCHESTER del SUMMA112
COMENTARIOS	Es la mediana de la puntuación obtenida en todas las auditorías realizadas
META	100% Mediana \geq 70 puntos 90% Mediana entre 50-69 puntos
EVALUACIÓN	Trimestral. Responsables del STTM en el SUMMA112.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Mantener el nivel de servicio del primer nivel

INDICADOR: Porcentaje de llamadas en nivel de servicio

FORMULA	
NUMERADOR	Número de llamadas en nivel de servicio
DENOMINADOR	Nº total de llamadas
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	Objetivo continuista para medir la capacidad de respuesta del 1er contacto.
META	Mayor o igual que el 90 %.
EVALUACIÓN	Mensual.



OBJETIVO GENERAL 4: 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), atención al dolor (AD), Seguridad del Paciente (SP) y Calidad Asistencial (Efectividad de la Asistencia (EA)).

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	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, AD, SP y EA.
DENOMINADOR	Nº total 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, AD, SP y EA.
FUENTE DE DATOS	Actas de las reuniones.
COMENTARIOS	Los temas a tratar se harán por diferentes miembros del ED.
META	Mayor o igual que el 80 %.
EVALUACIÓN	Semestral

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

INDICADOR: Variación porcentual de sesiones que realizan las comisiones

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	(Nº de sesiones impartidas por la Comisiones referidas en el año 2023 - Nº de sesiones impartidas por la Comisiones referidas en el año 2022)
DENOMINADOR	Nº de sesiones impartidas por la Comisiones referidas en el año 2023.
FUENTE DE DATOS	Registro de sesiones del Departamento de Formación.
COMENTARIOS	
META	Porcentaje de variación $\geq 15\%$
EVALUACIÓN	Semestral

OBJETIVO GENERAL 5: ADECUAR SUJECIONES 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.

FORMULA	Número de acciones formativas dirigidas a los profesionales y orientadas a evitar el uso de sujeciones.
NUMERADOR	NO APLICA
DENOMINADOR	NO APLICA
FUENTE DE DATOS	Registro del Departamento de Formación.
COMENTARIOS	Programadas en el Plan de Formación para 2023
META	≥ 4
EVALUACIÓN	Semestral



OBJETIVO GENERAL 6: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 1 DG Humanización

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

FORMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones de calidad percibida que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Acción 1 y 2. Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA)
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <p>Acción 1: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2022. Al menos 1 por segmento/ dispositivo estudiado, de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, salvo que se justifique su no realización en algunos casos por satisfacción global $\geq 95\%$</p> <p>Acción 2: Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada a pacientes clave en los diferentes dispositivos del SUMMA (VIR, UAD Y UVI Móvil) - Promover la participación de los pacientes en los Comités de Calidad Percibida
META	<p>Acción 1: 3 acciones de mejora</p> <p>Acción 2: 3 líneas de actuación del CCP, incluidas las prioritarias</p>
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

INDICADOR 2: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización

FORMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3)
FUENTE DE DATOS	<p>Acción 1: Observatorio de Resultados.</p> <p>Acción 2 y 3: Autodeclarado y validado por la SGCA.</p>
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Alcanzar el 90% de los indicadores la meta.</p> <p>Acción 2: Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados publicados en el año en curso. Además, si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma).</p> <p>Acción 3: Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados.</p>



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

OBJETIVO GENERAL 7: MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 2 DG Humanización

Acción 1: Disminuir el número de reclamaciones

INDICADOR 1: Porcentaje de disminución de las reclamaciones en el SUMMA112	
FORMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de reclamaciones en 2022
DENOMINADOR	Nº de reclamaciones por el mismo motivo en 2022
FUENTE DE DATOS	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS	
META	Reducción del 5% o mayor.
EVALUACIÓN	100%

OBJETIVO GENERAL 8: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 3 DG Humanización

INDICADOR 1: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la estrategia de humanización	
FORMULA	Cumplimentación modelo ser+humano con memoria de evidencias y propuesta de acciones de mejora
NUMERADOR	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3
DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	Formulario auto-evaluación + memoria con evidencias + informe con propuestas de mejora remitido al Área de Coordinación de Proyectos de Humanización y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <p>Acción 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2022</p> <p>Acción 2: Remisión de memoria con evidencias cuya metodología se propondrá desde el Área de Coordinación de Proyectos de Humanización</p> <p>Acción 3: propuesta de 1 acción de mejora por cada eje del modelo respecto a los resultados de la autoevaluación previa</p>



META	Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación Actividad 2: remisión de la memoria con evidencias Actividad 3: remisión del informe con propuesta de 1 acción de mejora por cada eje del modelo
EVALUACIÓN	100% (Actividad 1: 40% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 30%)

INDICADOR 2: Existencia en la página WEB del SUMMA 112 de un espacio informativo para la población con la URL de acceso a la plataforma virtual de aprendizaje de la Escuela Madrileña de Salud e información sobre sus recursos de alfabetización en salud

FORMULA	Grado de cumplimiento: Creación de un espacio informativo en la página WEB del SUMMA 112 sobre los recursos formativos virtuales dirigidos a la población sobre alfabetización en salud de la Escuela Madrileña de Salud junto a la URL de acceso a la plataforma virtual de aprendizaje y promoción de algún recurso específico, según interés del SUMMA112
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	Web del SUMMA 112
COMENTARIOS	<p>La Escuela Madrileña de Salud oferta de manera gratuita más de 750 recursos sobre temas de salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual de aprendizaje (cursos, vídeos multimedia, aulas virtuales, juegos-retos, podcast...).</p> <p>Las áreas temáticas de estos recursos son vida saludable (hábitos y estilos de vida, salud ambiental, habilidades para la vida, alfabetización en salud), vivir con enfermedades crónicas, enfermedades agudas, días mundiales y la escuela de personas que cuidan.</p> <p>La URL de acceso es: https://escueladesalud.comunidad.madrid/</p> <p>Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadores y ciudadanía es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial.</p> <p>El propósito de este indicador es que la población conozca este recurso y pueda ser visible desde la web del SUMMA112 como herramienta educativa e informativa de la Consejería de Sanidad que propone el hospital a sus pacientes.</p>
META	Sí (puntuación 100%)
EVALUACIÓN	Alcanzar el valor de la meta supone que se puede verificar en la página web del SUMMA112 que existe información y un enlace a la plataforma virtual de la Escuela Madrileña de Salud para facilitar a la ciudadanía el acceso a los recursos formativos en salud online de la misma.



OBJETIVO GENERAL 9: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 1 DG Salud Pública

INDICADOR: Cobertura de vacunación de gripe , personal sanitario

FORMULA Porcentaje de personal sanitario vacunado de gripe	
NUMERADOR	Nº de personas vacunadas
DENOMINADOR	Nº de personas a vacunar
FUENTE DE DATOS	Registro vacunas
COMENTARIOS	<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>
META	Mantener Medición
EVALUACIÓN	ANUAL



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 Alerta PCR recuperada	
DENOMINADOR	Nº Alerta PCR.	
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112	
COMENTARIOS	Pacientes con PCR recuperada de todas las PCR atendidas	
META	≥ 27 %	
EVALUACIÓN	Trimestral	

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

INDICADOR: % pacientes con alerta por Código Infarto trasladados al hospital idóneo en tiempo 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	≥ 75%
EVALUACIÓN	Bimestral

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

INDICADOR: % pacientes con alerta por Código Ictus trasladados al hospital idóneo en tiempo 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	≥ 75%
EVALUACIÓN	Bimestral



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

INDICADOR: % pacientes con alerta por 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 se precisa la extricación del paciente.
META	≥ 70%
EVALUACIÓN	Bimestral

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Formar parte de la implantación del Código Sepsis: Detección de Código Sepsis y Número de alertas hospitalarias por este motivo

INDICADOR 1: nº pacientes con sospecha diagnóstica de Código Sepsis

INDICADOR 2: % de alertas hospitalarias de paciente con sospecha diagnóstica de Código Sepsis

FORMULA	1. Número de pacientes con sospecha diagnóstica de Código Sepsis 2. Número de alertas por Código Sepsis*100/nº de pacientes con sospecha diagnóstica de Código Sepsis
NUMERADOR	2. Nº de alertas por Código Sepsis
DENOMINADOR	2. Nº de pacientes con sospecha diagnóstica de Código Sepsis
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112.
COMENTARIOS	Se valora tanto la detección del Código Sepsis como la alerta al hospital correspondiente
META	1. Tendencia ascendente 2. ≥ 10 %
EVALUACIÓN	Bimestral.

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Formar parte de la implantación del Código Aorta: % servicios con tiempo de respuesta ≤ 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 ≤ 30 minutos

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	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 ≤ 30 minutos
DENOMINADOR	Nº total de Traslados Interhospitalarios debidos a un Código Aorta.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	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.
META	≥ 38%
EVALUACIÓN	Bimestral



OBJETIVO GENERAL 2: MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS (M) Y PRODUCTOS SANITARIOS (PS)

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

INDICADOR: % de ABS de primera elección.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de prescripciones de AB en MUP de primera elección.
DENOMINADOR	Nº total de prescripciones de AB en MUP
FUENTE DE DATOS	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (farm@drid). Sistemas de información de SUMMA112 para facultativos SUMMA112
COMENTARIOS	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 Tendencia de mejora: Al alza, priorización del uso de antibióticos de espectro reducido frente a otros de mayor espectro.
META	≥ 35%
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Racionalización del uso de fluorquinolonas

INDICADOR: % de consumo de fluorquinolonas.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	DDD de fluorquinolonas (J01MA)
DENOMINADOR	DDD de antibióticos sistémicos (J01)
FUENTE DE DATOS	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (farm@drid). Sistemas de información de SUMMA 112 para facultativos SUMMA112
COMENTARIOS	La fluorquinolonas son antibióticos de espectro ampliado frente a patógenos respiratorios y urinarios. No son de primera línea en infecciones en extrahospitalarias. El objetivo busca restringir el uso de las fluorquinolonas
META	≤ 15% cumplimiento del 90% y ≤ 10% cumplimiento del 100%
EVALUACIÓN	Mensual. Se establece que si se alcanza un 15% o menos se asigna un cumplimiento del 90%; y si se logra un nivel de excelencia que es menor o igual al 10% se asigna una cumplimiento del 100%.



OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Seguridad en la conservación de fármacos termolábiles

INDICADOR:

- 1.- Porcentaje de incidencias detectadas en temperatura de neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las unidades asistenciales (UUAA).
- 2.- Número de incidentes registrados que requieran actuación con la medicación en los equipos de frío del Servicio de Farmacia.

FORMULA	1.- Numerador/Denominador * 100	2.- Número
NUMERADOR	1.- Nº de registros fuera de rango en temperatura de neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las UUAA	
DENOMINADOR	1.- Nº total de registros en temperatura de neveras de medicamentos en los botiquines de las bases de las UUAA.	
FUENTE DE DATOS	Sistemas de información SUMMA 112	
COMENTARIOS	En el Servicio de Farmacia el objetivo es que no existan incidentes. Se propone tendencia a 0, y menor de 1	
META	1.- ≤ 6% // 2.- ≤ 1	
EVALUACIÓN	Mensual	

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Revisión de los carros de parada del SUMMA112

INDICADOR: Porcentaje de correcta cumplimentación del registro de revisión

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de registros de revisiones efectuadas en los carros de parada de SCU (ANTRACITA/POZUELO/HEEIZ), CUE EL MOLAR y PRESIDENCIA DE LA CM
DENOMINADOR	Nº de registros de revisiones previstas
FUENTE DE DATOS	Sistemas de información SUMMA 112
COMENTARIOS	
META	≥ 80%
EVALUACIÓN	Mensual



OBJETIVO GENERAL 3: 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

FORMULA	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar en incidentes 0.
NUMERADOR	NO APLICA
DENOMINADOR	NO APLICA
FUENTE DE DATOS	Sistema de Información SUMMA112
COMENTARIOS	
META	≤ 15 minutos +5 min
EVALUACIÓN	Mensual

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

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

FORMULA	Tiempo medio "llamada-intervención" del primer recurso en llegar incidentes 1 .
NUMERADOR	NO APLICA
DENOMINADOR	NO APLICA
FUENTE DE DATOS	Sistemas de información SUMMA 112
COMENTARIOS	El cumplimiento del 80% excluiría los casos en los que se ha cumplido la condición de ≤ 30 minutos +15 min
META	≤ 30 minutos +15 min: 100% ≤ 30 minutos +20 min: 80%
EVALUACIÓN	Mensual

OBJETIVO GENERAL 4: MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL

OBJETIVO 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).

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	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.
DENOMINADOR	Nº de pacientes atendidos con disminución del nivel de conciencia (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS), atendidos.
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
COMENTARIOS	
META	≥ 60%
EVALUACIÓN	Mensual



OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con dolor torácico o patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardiaco o patología isquémica cardiaca.

INDICADOR: % de pacientes con dolor torácico o patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardiaco o patología isquémica cardiaca (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	1.- Nº de pacientes con dolor torácico o patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardiaco o patología isquémica cardiaca (CIES diagnósticos específicos) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones 2.- Nº de pacientes con dolor torácico o patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardiaco o patología isquémica cardiaca (CIES diagnósticos específicos) en el que se ha realizado ECG de 12 derivaciones con interpretación registrada.
DENOMINADOR	1 y 2.- Nº de pacientes atendidos con dolor torácico o patologías que puedan relacionarse con alteraciones del ritmo cardiaco o patología isquémica cardiaca (CIES diagnósticos específicos) atendidos.
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA del Informe Clínico Electrónico.
COMENTARIOS	
META	1.- $\geq 85\%$ y 2.- $\geq 60\%$
EVALUACIÓN	Mensual (realización ECG) / Trimestral (Registro valoración ECG)



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

INDICADOR: % de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia respiratoria.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con dificultad respiratoria (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se toma y registra la frecuencia respiratoria.
DENOMINADOR	Nº de pacientes con dificultad respiratoria (CIES diagnósticos específicos) .
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
COMENTARIOS	
META	≥ 50%
EVALUACIÓN	Mensual (FR),

OBJETIVO 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”

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con sospecha de patología infecciosa (CIES diagnósticos específicos) en los que se toma la Tª y FR o registro de “taquipnea” .
DENOMINADOR	Nº de pacientes con patología infecciosa (CIES diagnósticos específicos)
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
COMENTARIOS	
META	≥ 60%
EVALUACIÓN	Mensual



OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Mejorar la Correlación diagnóstico y prueba realizada en paciente con Trauma grave

INDICADOR: % de pacientes con Trauma Grave (CIES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con Trauma Grave (CIES diagnósticos específicos) en los que se realiza y registra la reevaluación del paciente.
DENOMINADOR	Nº de pacientes con Trauma Grave (CIES diagnósticos específicos) atendidos
FUENTE DE DATOS	SIS y/o AUDITORÍA DE ICE
COMENTARIOS	
META	≥ 80%
EVALUACIÓN	Registro de SIS a través del apartado del ICE “evolución”

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Mejorar la atención en el Estatus Epiléptico

INDICADOR: % de pacientes con Estatus Epiléptico trasladados a hospital que recibe doble terapia con Benzodiacepina y Levetiracetam

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de pacientes con Estatus Epiléptico a los que se ha administrado Benzodiacepinas y Levetiracetam por el SUMMA112
DENOMINADOR	Nº total de pacientes con Estatus Epiléptico atendidos por el SUMMA112 y trasladados al hospital (se excluyen éxitos).
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	
META	≥ 30%
EVALUACIÓN	Trimestral

OBJETIVO GENERAL 5: 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 SVAE

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de procedimientos de activación y la Guías de actuación de SVA Enfermería revisados y actualizados
DENOMINADOR	Nº de procedimientos de activación y la Guías de actuación de SVA Enfermería cuya revisión y actualización se programa para 2022
FUENTE DE DATOS	Registro de edición y/o versión.
COMENTARIOS	Es un indicador de proceso
META	≥ 75%
EVALUACIÓN	Trimestral

OBJETIVO GENERAL 6: MEJORAR EN EL CUMPLIMIENTO DE RESPUESTA PARA EL TRASPORTE SANITARIO URGENTE (TSU) DESDE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 1 DG Coordinación 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.

FORMULA	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.
NUMERADOR	NO APLICA
DENOMINADOR	NO APLICA
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA112
COMENTARIOS	En el indicador 2 el cumplimiento del 80% excluiría los casos en los que se ha cumplido la condición de ≤ 30 minutos + 15 min.
META	1. ≤ 30 minutos + 15 min: 100% 2. ≤ 30 minutos + 20 min: 80%
EVALUACIÓN	Mensual



OBJETIVO GENERAL 7: MEJORAR EN EL CUMPLIMIENTO DE RESPUESTA PARA TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO (TP) DESDE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 2 DG Coordinación Sociosanitaria

INDICADOR 1: % de traslados no realizados de usuarios residentes en Centros Sociosanitarios

INDICADOR 2: % de traslados realizados en el doble de tiempo del establecido de usuarios residentes en Centros Sociosanitarios

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	<ol style="list-style-type: none"> Número de viajes No realizados de usuarios residentes en centros Sociosanitarios. Nº de viajes realizados en el doble de tiempo del previsto de usuarios residentes en centros Sociosanitarios .
DENOMINADOR	<ol style="list-style-type: none"> Nº de viajes solicitados y correctamente tramitados de los usuarios residentes en Centros sociosanitarios. Nº total de viajes realizados de usuarios residentes en centros Sociosanitarios (excluyendo anulaciones)
FUENTE DE DATOS	SIS TP SUMMA112
COMENTARIOS	
META	1.- <20% 2.- <20%
EVALUACIÓN	Mensual.



OBJETIVO GENERAL 8: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 1 DG HyAt Paciente

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

FORMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3)
FUENTE DE DATOS	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA). Acción 3: CISEMadrid
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables de unidad funcional y mandos intermedios y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.</p> <p>Acción 2: Objetivos prioritarios.</p> <p>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)</p> <p>2. - Desarrollar al menos una actuación conjunta con la Comisión de Atención al Dolor.</p> <p>3. -Promover actuaciones para la formación en seguridad del paciente e higiene de manos a través de los cursos básicos abiertos, o cursos acreditados, en especial a todos los profesionales de nueva incorporación.</p> <p>Acción 3: Avanzar en la implantación de CISEMadrid de acuerdo a las indicaciones facilitadas por la Subdirección de Calidad Asistencial</p>
META	Acción 1: Al menos 1 Ronda por cada Unidad Funcional del SUMMA112. Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios. Acción 3: Avanzar en la implantación de CISEMadrid según indicaciones de la Subdirección General de Calidad Asistencial
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas

INDICADOR 2: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	
FORMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (1).
FUENTE DATOS	Autodeclarado. Validación por la SGCA.
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1. 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%)</p>
META	Acción 1: Realizada autoevaluación HM alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio (consolidación). PBA punto de atención >95%
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 3: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	
FORMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones para la mejora de atención al dolor que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCA.
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor como una quinta constante, mediante escalas de valoración.</p> <p>Acción 2: Promover el establecimiento de un referente de dolor por unidad funcional del SUMMA 112 de los que el 70% realicen al menos una acción formativa en el abordaje del dolor como discente en 2023</p> <p>Acción 3: Desarrollo de líneas de actuación prioritarias en la Comisión de Atención al Dolor</p> <p>1. Promover la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo en el abordaje del dolor y/o en la Comisión de Atención al Dolor</p> <p>2. Promover la formación en la valoración y tratamiento del dolor entre los profesionales realizando la Gerencia al menos 1 acción formativa anual</p>
META	<p>Acción 1: $\geq 25\%$</p> <p>Acción 2: 1 referente de dolor por unidad funcional que haya recibido al menos 1 acción formativa en 2023</p> <p>Acción 3: 100% de líneas prioritarias desarrolladas</p>
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



OBJETIVO GENERAL 9: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 2 DG HyAt Paciente

INDICADOR Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad

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

4. PERSPECTIVA INNOVACION, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Alcanzar que al menos el 60% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en las líneas estratégicas del summa112 en el año en curso

INDICADOR: % Profesionales sanitarios formados en líneas estratégicas de la organización

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº Profesionales sanitarios que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
COMENTARIOS	Profesionales sanitarios 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.
META	≥ 60%
EVALUACIÓN	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 formados en líneas estratégicas de la organización

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº Profesionales no sanitarios que hayan realizado una o varias actividades formativas incluidas en las Líneas Estratégicas de la organización por un tiempo lectivo mínimo de 20 horas.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
COMENTARIOS	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.
META	≥ 15%
EVALUACIÓN	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.



OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Alcanzar que al menos el 30% de los profesionales sanitarios hayan recibido formación en uno de los códigos de emergencias (ICTUS, POLITRAUMA, INFARTO, SEPSIS).

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

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de profesionales sanitarios que hayan realizado formación en uno de los códigos ICTUS, INFARTO, POLITRAUMA Y SEPSIS, incluidos en el Plan de Formación Continuada.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios, en el periodo de tiempo (1 año) contemplado.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
COMENTARIOS	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.
META	≥ 30%
EVALUACIÓN	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

INDICADORES:

- 1.- % de profesionales sanitarios que acuden a actividad de formación en investigación.
- 2.-Número de profesionales que realizan un itinerario formativo (acuden a al menos dos cursos).

FORMULA	1.- Numerador/Denominador * 100 // 2.- Número
NUMERADOR	Número de profesionales sanitarios que realizan al menos una actividad de formación en investigación.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales sanitarios.
FUENTE DE DATOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH Profesionales Sanitarios: Médicos, Enfermeras, TES, TMCAE, TER, TEL.
COMENTARIOS	SIS SUMMA 112 / REGISTRO FORMACIÓN Y RRHH
META	1.- ≥ 5% // 2.- Comenzar medición
EVALUACIÓN	Anual. Un corte semestral a 30 de junio.



OBJETIVO GENERAL 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 ESPECÍFICO: Objetivo 1 DG de Investigación, Docencia e Innovación

INDICADOR 1: Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2023, gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación del centro

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Presupuesto ejecutado correspondiente a actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el SUMMA 112
DENOMINADOR	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para SUMMA 112.
FUENTE DE DATOS	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.
COMENTARIOS	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.
META	≥ 95%.
EVALUACIÓN	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 2023, aprobado por la DG de Investigación Docencia e Innovación, de SUMMA 112.

FORMULA	Numerador/Denominador * 100
NUMERADOR	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el SUMMA112
DENOMINADOR	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2023 aprobado para el centro el SUMMA 112
FUENTE DE DATOS	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.
COMENTARIOS	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación
META	≥ 25%
EVALUACIÓN	ANUAL Puede realizarse un corte a los seis meses.



OBJETIVO GENERAL 4: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 2 DG de Investigación, Docencia e Innovación

INDICADOR 1: Nº de proyectos de investigación activos por cada 1000 profesionales sanitarios con titulación universitaria (PSFU)

FÓRMULA	
NUMERADOR	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos durante 2023} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022}) - (\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos en 2022} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022})$
DENOMINADOR	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de proyectos activos en 2023} * 1000 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022})$
FUENTE DE DATOS	DG de Investigación, Docencia y Documentación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS	Proyecto activo: Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente. No se incluyen los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado. El indicador se corresponde con el denominado "Proyectos activos" dentro del epígrafe "Proyectos de Investigación" del Observatorio de Resultados del SERMAS.
META	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%
EVALUACIÓN	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

INDICADOR 2: Número de investigadores en proyectos de investigación activos.	
FORMULA	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2023
NUMERADOR	(Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2023) – (Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022)
DENOMINADOR	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2022
FUENTE DE DATOS	DG de Investigación, Docencia y Documentación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS	<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 SERMAS.</p>
META	Igual o mayor al 90% del valor indicado en 2022
EVALUACIÓN	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</p> <p>Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación</p> <p>Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación</p> <p>Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación</p>



OBJETIVO GENERAL 5: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO

OBJETIVO ESPECÍFICO: Objetivo 3 DG de Investigación, Docencia e Innovación

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)

FORMULA	Porcentaje de variación.
NUMERADOR	$(\text{N}^\circ \text{ absoluto de publicaciones con autores del SUMMA 112 en 2023} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2023}) - (\text{N}^\circ \text{ absoluto de publicaciones con autores del SUMMA 112 en 2022} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de PSFU en 2022})$
DENOMINADOR	N° de PSFU en 2023
FUENTE DE DATOS	DG de Investigación, Docencia y Documentación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid
COMENTARIOS	Publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/ o PubMed: 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.
META	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15 %
EVALUACIÓN	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 La declaración en 2023 del valor "0" para los indicadores de número de publicaciones, proyectos activos o investigadores en proyectos activos motiva una puntuación de cero .

VI RECURSOS HUMANOS

ESPECIALIDAD	GERENCIA 2022		SUMMA112	
	FIJO	INTERINO	TOTAL EFECTIVOS	TOTAL
MEDICINA DEL TRABAJO	3	1	4	4
PSICOLOGÍA CLÍNICA		6	6	6
TOTAL	3	7	10	10

SUMMA112		SUMMA112	
PUESTOS DIRECTIVOS		MANDOS INTERMEDIOS	
PUESTO	TOTAL	PUESTO	TOTAL
SUBDIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	2	SUPERVISOR/A DE UNIDAD	9
SUBDIRECTOR/A MÉDICO	3	JEFE DE SERVICIO (no sanitario)	5
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN	2	JEFE DE SERVICIO (sanitario)	1
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	1	JEFE DE SECCIÓN	6
DIRECTOR/A DE GESTIÓN	1	JEFE DE GRUPO	11
DIRECTOR/A MÉDICO	2	ENFERMERO/A JEFE DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	1
DIRECTOR/A GERENTE	1	JEFE DE EQUIPO	6
TOTAL	12	RESPONSABLE DE UNIDAD FUNCIONAL	26
		COORDINADOR/A MÉDICO DE EQUIPOS	5
		RESPONSABLE DE UNIDAD FUNCIONAL (JEFE DE GUARDIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	9
		TOTAL	79

PERSONAL ESTATUTARIO 2022				
CATEGORÍA	FIJO	INTERINO	EVENTUAL	TOTAL
Adjunto/facultativo Especialista de Área	3	7		10
Auxiliar Administrativo de la Función Administrativa	13	45	2	60
Celador/a	87	26	7	120
Conductor/a	50	31		81
Enfermero/a de Urgencias y Emergencias	273	127	28	428
Enfermero/a Especialista	1	2		3
Farmacéutico/a	1	1		2
Grupo Administrativo de la Función Administrativa	8	4		12
Grupo Gestión de la Función Administrativa		3		3
Grupo Técnico de la Función Administrativa	2	4		6
Locutor/a		12		12
Médico de Urgencias y Emergencias	312	177	2	491
Personal Técnico de Grado Medio	1	2		3
Personal Técnico Titulado Superior		1		1
Técnico Gestión de Sistemas y Tecnologías Información		4		4
Técnico en Emergencias Sanitarias	4	590	9	603
Técnico Especialista Sistemas y Tecnologías Información		5		5
Técnico Medio Sanitario	11	9		20
Técnico Superior Especialista en Laboratorio	4	2		6
Técnico Superior Especialista en Radiodiagnóstico	4	2		6
Técnico Superior de Sistemas y Tec. Información.		2		2
TOTAL	774	1056	48	1878

PERSONAL FUNCIONARIO				
CATEGORÍA	FIJO	INTERINO	EVENTUAL	TOTAL
Médicos	3			3
Diplomados en Enfermería	22			22
Auxiliar de Transporte Sanitario	60			60
TOTAL	85	0	0	85

PERSONAL LABORAL				
CATEGORÍA	FIJO	INTERINO	EVENTUAL	TOTAL
Diplomado en Enfermería	2	0	2	4
TOTAL	2	0	2	4



CRÉDITO INICIAL CAPÍTULO 1 AÑO 2023

CENTRO GESTOR	DENOMINACIÓN CENTRO GESTOR					SUMA
		3012A	3012B	312F	313C	
171188401	SUMMA 112				110.641.201,00€*	110.641.201,00€

(*) Fuente: Nexus 2023.

CRÉDITO INICIAL EN RESTO DE CAPÍTULOOS (se mantiene)

Etiquetas de	Gastos de Personal	Gastos Corrientes en Bienes y Servicios	Gastos Financieros	Transferencias corrientes	Inversiones reales	Activos financieros	Total general
SUMMA112	110.641.201,00	70.849.937		216.108,00		42.927,00	181.750.173,00

FACTURACIÓN

CENTRO GESTOR		PRESUPUESTO 2022	FACTURADO 2022	RECAUDADO 2022	DIF. FACTURADO PRESUPUESTO	OBJETIVO 2023
171188401		1.830.388,00 €	1.909.038,23 €	1.861.032,41 €	78.650,23 €	1.830.388,00 €



VII CARTERA DE SERVICIOS/EQUIPAMIENTO

La Comunidad de Madrid pone a disposición la siguiente dirección web, donde se podrá consultar, entre otra información, los recursos del SUMMA112, así como la oferta asistencial básica del mismo.

<https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/>

