

Contrato Programa con la Gerencia del Hospital Virgen de la Poveda



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy
mediante el siguiente código seguro de verificación: **094433138451993029757**

2024



Contenido

<u>INTRODUCCIÓN</u>	3
<u>MARCO NORMATIVO</u>	3
<u>MARCO ESTRATÉGICO</u>	4
<u>CONDICIONES GENERALES</u>	6
<u>ANEXO I</u>	10
<u>1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS</u>	11
<u>2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS</u>	20
<u>3. MEJORA DE PROCESOS</u>	28
<u>4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN</u>	38
<u>ANEXO II</u>	43



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy mediante el siguiente código seguro de verificación: 0944333138451993029757

INTRODUCCIÓN

En el ámbito del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los contratos programa (C.P.) se erigen como instrumentos esenciales para la gestión de los centros asistenciales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Estos acuerdos, establecidos entre la Dirección General del SERMAS y las gerencias de los distintos centros, establecen un compromiso mutuo para alcanzar objetivos anuales priorizados.

El C.P. se configura como una herramienta eficaz para la gestión de la actividad asistencial, orientando a las organizaciones sanitarias hacia el cumplimiento efectivo de su misión. La transparencia en la información resulta fundamental en este proceso, permitiendo a todos los profesionales de los centros conocer los objetivos priorizados para la organización, así como los indicadores que permiten evaluar su cumplimiento. Estos indicadores, a su vez, sirven para medir el desempeño de los equipos directivos y profesionales.

El contrato programa informa sobre la financiación disponible para cada gerencia, los profesionales y los recursos materiales con los que cuentan. Esta información se vincula con la actividad asistencial y la consecución de los resultados previstos en los objetivos priorizados. El compromiso de la organización sanitaria reside en poner a disposición de cada centro los recursos necesarios para realizar la actividad encomendada, mientras que la gerencia se compromete a gestionar adecuadamente estos recursos para obtener los resultados previstos.

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

MARCO NORMATIVO

En el complejo panorama de la sanidad actual, el **SERMAS** se erige como un modelo de gestión sanitaria de vanguardia, caracterizado por su compromiso con la excelencia, la innovación y la búsqueda incesante de la mejora continua. Su trayectoria, jalonada por logros y reconocimientos, lo ha convertido en un referente a nivel nacional e internacional.

Las funciones del SERMAS abarcan un amplio espectro, desde la atención sanitaria integral hasta la gestión de recursos humanos y económicos. Entre sus responsabilidades más destacadas se encuentran:

- **Atención sanitaria integral:** El SERMAS garantiza una atención médica completa a la población madrileña, desde la atención primaria hasta la especializada, abarcando todas las etapas del ciclo vital y las diversas necesidades de salud de los ciudadanos.



- **Calidad y seguridad sanitaria:** La calidad y la seguridad de los servicios sanitarios son prioridades absolutas para el SERMAS. Implementa rigurosas medidas de control y seguimiento para garantizar la excelencia en la atención prestada, protegiendo la salud y el bienestar de los pacientes.
- **Gestión de recursos económicos:** El SERMAS administra de manera eficiente y transparente los recursos financieros destinados al sistema sanitario público. Implementa estrategias de optimización y control del gasto, asegurando el uso responsable de los fondos públicos y la sostenibilidad del sistema.
- **Gestión de recursos humanos:** El SERMAS reconoce al capital humano como un elemento clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario. Vela por el bienestar laboral de sus profesionales, fomenta su desarrollo profesional continuo y apuesta por la atracción y retención de talento.
- **Gestión de centros y servicios sanitarios:** El SERMAS administra una amplia red de centros, servicios y establecimientos sanitarios distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. Garantiza el buen funcionamiento de estas instalaciones, optimizando su uso y asegurando la calidad de los servicios prestados en ellas.
- **Promoción y protección de la salud:** El SERMAS va más allá de la atención sanitaria asistencial y se compromete activamente con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Implementa programas y campañas de sensibilización, fomentando hábitos de vida saludables y reduciendo la carga de enfermedad entre la población.
- **Investigación y formación:** El SERMAS impulsa la investigación biomédica y sanitaria, promoviendo la colaboración entre profesionales de diferentes áreas y apoyando proyectos que buscan soluciones innovadoras a los desafíos de la salud. Asimismo, dedica un gran esfuerzo a la formación continua de sus profesionales, asegurando que se mantengan actualizados en las últimas técnicas y conocimientos médicos.
- **Salud pública:** El SERMAS juega un papel fundamental en la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

MARCO ESTRATÉGICO

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), consciente de la necesidad de adaptarse a un entorno sanitario en constante evolución y de responder a las demandas crecientes de la población, ha establecido un ambicioso Marco Estratégico que define las líneas de acción que guiarán a la organización en los próximos años.

Aprobado en 2020 y ratificado en 2021, este marco estratégico se articula en torno a cuatro perspectivas clave que abarcan la totalidad de las funciones y responsabilidades del SERMAS:

1. Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos:



En un entorno sanitario marcado por la escasez de recursos y la necesidad de optimizar su uso, el SERMAS se compromete a abordar los nuevos retos que presenta la atención sanitaria, avanzando en un modelo seguro, eficaz y eficiente que sea reconocido como marca de excelencia. Para ello, se fomentará la colaboración entre instituciones, se potenciará la promoción y la prevención de la salud, y se buscarán fórmulas innovadoras de financiación, incluyendo la colaboración público-privada y la compra pública innovadora.

2. Perspectiva de Orientación a las Personas:

El centro de la estrategia del SERMAS reside en las personas, tanto en los pacientes que reciben atención sanitaria como en los profesionales que la proporcionan. Para ello, se brindará una atención sanitaria basada en valores humanos, potenciando la cultura de servicio, la accesibilidad y la equidad. Además, se reforzará el modelo de atención al ciudadano, orientándolo a sus necesidades y expectativas.

3. Perspectiva de Mejora de Procesos:

La búsqueda de la excelencia en la atención sanitaria pasa por la mejora continua de los procesos internos del SERMAS. Para ello, se avanzará en la definición y normalización de procesos, evaluándolos constantemente y aplicando medidas de mejora continua. La cogobernanza se erige como herramienta fundamental para la toma de decisiones eficiente y corresponsable, integrando la coordinación sociosanitaria en los procesos asistenciales y contando con la visión del ciudadano en la gestión del SERMAS. Los procesos asistenciales serán rediseñados para que sean accesibles, integrados y orientados a generar valor, potenciando la continuidad asistencial, el seguimiento natural del paciente y el uso de recursos en red. Además, se prestará especial atención a los profesionales, rediseñando los procesos de atención y crecimiento para fomentar su desarrollo y compromiso.

4. Perspectiva de Innovación, Investigación y Formación:

La innovación, la investigación y la formación son pilares fundamentales para el progreso del SERMAS. En este sentido, se desarrollará la marca SERMAS, se elaborará un sistema de información transparente y orientado a la toma de decisiones, y se impulsará la generación de valor para las personas de la organización. La capacidad de innovar, la docencia, la formación y la investigación serán potenciadas al servicio de los pacientes y la sociedad, asegurando que el SERMAS se mantenga a la vanguardia del conocimiento sanitario.

Para facilitar su comprensión en el Contrato Programa, las perspectivas del Marco Estratégico se han agrupado de la siguiente manera:

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



CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2024-2025 son los orientados conforme al marco estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, facilitando la libre elección de los ciudadanos de hospital y especialista. Así como, validar e implantar nuevos recursos, procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios, mediante una organización hospitalaria integrada en red, facilitando una ágil ordenación asistencial y con la máxima participación de los profesionales, mediante el impulso de acuerdos clínicos y posibles rediseños organizativos.

En la Ley de Presupuestos para el ejercicio 2024 se han establecido como elementos fundamentales de actuación en el ámbito hospitalario los siguientes objetivos:

- Establecer al paciente en el centro del sistema y de la asistencia sanitaria que se desarrolla en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud.
- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema sanitario, especialmente a la atención hospitalaria, facilitando y garantizando una respuesta ágil y profesional a las expectativas y necesidades de los ciudadanos.
- Modernizar el sistema sanitario madrileño, mediante el desarrollo de la salud digital como nueva modalidad asistencial, a través de la digitalización e incorporación de herramientas tecnológicas a los procesos asistenciales para facilitar la respuesta a las necesidades de los ciudadanos.
- Optimizar los procesos asistenciales y la utilización de los recursos en el ámbito de la atención hospitalaria, todo ello, garantizando mayores estándares de calidad asistencial.
- Consolidar e impulsar los servicios de referencia en la atención hospitalaria.
- Incorporar y desarrollar nuevas modalidades asistenciales que permitan aumentar la capacidad asistencial de los centros hospitalarios.
- Desarrollar las estrategias regionales de ámbito sanitario en la red hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid.
- Buscar la participación activa de los pacientes en la autogestión de la salud.
- Responder asistencialmente a la cronicidad de las enfermedades, estableciendo especial dedicación a la fragilidad.
- Orientar los procesos asistenciales a resultados y a la gestión de valor en salud.
- Garantizar la mejora en la continuidad asistencial y facilitar la coordinación de las redes asistenciales existentes en la Comunidad de Madrid.



En virtud de lo señalado, el presente Contrato Programa 2024 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Hospital Virgen de la Poveda y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

Por otra parte, en los ANEXOS I y II se recogen:

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

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

1. El Hospital Virgen de la Poveda 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, y que será ofertada a todos los ciudadanos susceptibles de ser atendidos por un centro de media estancia, cuidados paliativos, continuidad de cuidados y de rehabilitación funcional.

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

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Hospital Virgen de la Poveda 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 2024.

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

Capítulo I	Gastos de Personal	17.550.370 €
	Formación de Personal Sanitario	€
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	1.676.683 €

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.



La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2024 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha.

Esta cifra de efectivos no podrá superarse a lo largo del ejercicio, salvo durante el plazo de vigencia de las contrataciones realizadas para nuevas actuaciones especiales, que deberán ser expresamente autorizadas. Así como, por la ejecución de las actuaciones de reducción de la lista de espera con el límite de la financiación adicional dotada a tal efecto.

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

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

- Las dotaciones destinadas al abono de la productividad variable por cumplimiento de los objetivos, las nuevas acciones y actuaciones expresamente autorizadas durante el ejercicio.
- Las generaciones de crédito y gasto asociado por investigación.
- El gasto por sentencias judiciales.
- El gasto por reducción de lista de espera que cuenta con una financiación máxima específica, establecida en el presente Contrato-Programa.

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

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

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



Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid a fecha indicada en marca digital.

La Viceconsejera de Sanidad y Directora
General del Servicio Madrileño de Salud

El Director Gerente del Hospital Virgen de
la Poveda

D^a Laura Gutiérrez Barreno

D. Fernando Jou Rivera



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy
mediante el siguiente código seguro de verificación: **0944333138451993029757**

ANEXO I

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTUACIÓN
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.1 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAP. I	01 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. I	17
	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	02 REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES A RRHH, EN TIEMPO Y FORMA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS	2
		03 PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT	1
		04 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. II	10
	1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPITULO II	05 PORCENTAJE DE NÚMERO DE CONTRATOS MENORES SOBRE EL TOTAL DE CONTRATOS	1
		06 PORCENTAJE DEL GASTO DE LA CONTRATACIÓN MENOR RESPECTO AL TOTAL DEL GASTO DE EXPEDIENTES DE	1
		07 INDICADORES DE MANUAL (Farmacia Hospitalaria)	2,5
	1.4 MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO	08 PORCENTAJE DEL USO DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES (DDO) (A)	3
		09 RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS	1
	1.5 ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	10 RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES	1
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	11% DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	3
		12% DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	1
	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	13% DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIÉTICA ASISTENCIAL	2
		14% DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES	2
	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	15% DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN	3
		16 IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA	1
	2.4. Optimizar el acceso a los servicios ofertados	17 ÍNDICE DE ROTACIÓN	6
	18 ÍNDICE DE OCUPACIÓN	6	
2.5 PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	19 COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE DE PERSONAL SANITARIO	1	
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA Y LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	20 ÍNDICE DE MEJORA DE LA ESTANCIA MEDIA DEPURADA POR UNIDAD FUNCIONAL (REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA/CUIDADOS	3
		21 ÍNDICE DE EFICACIA /EFICIENCIA EN PROCESOS	4
		22 ÍNDICE DE EFICACIA /EFICIENCIA EN PROCESOS NO	4
		34 PORCENTAJE DE USO DE LA HISTORIA PALIATIVA ÚNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	1
	3.2 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NÍVELES ASISTENCIALES	23 % DE E-CONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 H % DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORAS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA	2
	3.3 REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS	24 VIGILANCIA STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)	1,5
3.4 AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	25 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	
	26 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	3	
3.5 CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	27 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	1	
	28 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	3	
04 INNOVACIÓN Y DESARROLLO	4.1 PROMOVER LA PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN INDICADORES Y DATOS DE SALUD	29 DESARROLLO DE PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	3
	4.2 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES	30% 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	2
		31% DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, GESTIONADO POR DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL	2
	4.3 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	32 NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	2
	33 NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	2	



FICHAS INDICADORES

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

OBJETIVO 1.1: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAPÍTULO I	
INDICADOR 1: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO I	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Gasto computable en CAP. I a efectos del Contrato Programa 2024
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2024
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: gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el Contrato Programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc...
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>Para calcular el límite del resultado con el que se alcance una evaluación positiva se utilizará la media de cumplimiento de este objetivo por el conjunto de los centros.</p>



OBJETIVO 1.2: MEJORAR LA GESTIÓN DE RR.HH.

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

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

INDICADOR 3: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT

FÓRMULA:	$\% \text{ de sustitución de ausencia por IT del centro} / ((\% \text{ de sustitución del grupo del hospitales del ejercicio 2023}) * 0,95)$
NUMERADOR:	Porcentaje de sustitución de ausencias por IT del centro
DENOMINADOR:	El 95 % del porcentaje de sustitución de ausencias por IT del grupo de hospitales del ejercicio 2023
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES





COMENTARIOS:	Los datos de absentismo y sustitución de ausencias se recogen en 9 grupos profesionales. En la fórmula de evaluación se utilizará, tanto en el numerador como en el denominador, una media ponderada de los datos de las 9 agrupaciones profesionales.
META:	Menor o igual a 1.
EVALUACIÓN:	<ul style="list-style-type: none">• Menor o igual a 1: 3 Puntos.• Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5.• Valores superiores a 1,5: 0 Puntos.



OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II

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

FÓRMULA:	Desviación típica de la media del objetivo de gasto del Capítulo II
NUMERADOR:	Gasto realizado en Capítulo II a efectos del Contrato Programa 2024
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo II asignado en Contrato Programa 2024
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
COMENTARIOS:	El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2024 y previa aprobación de la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras.
META:	1
EVALUACIÓN:	1 o menos = cumplimiento 100% Valoración regresiva desde más de 1 hasta 1,02 Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.

INDICADOR 05: PORCENTAJE DE NÚMERO DE CONTRATOS MENORES SOBRE EL TOTAL DE CONTRTATOS

FÓRMULA:	$\text{Número de contratos} / \text{total contratos}$
NUMERADOR:	Número de contratos menores
DENOMINADOR:	Número de contratos totales
FUENTE DE DATOS:	Los propios hospitales y registro de contratos
COMENTARIOS:	Evaluación semestral
META:	<25%
EVALUACIÓN:	Tendencia descendente

INDICADOR 06: PORCENTAJE DEL GASTO DE LA CONTRATACIÓN MENOR RESPECTO AL TOTAL DEL GASTO DE EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN

FÓRMULA:	$\text{Gasto total contratos menores} / \text{gasto total contratos}$
NUMERADOR:	Gasto de la contratación menor
DENOMINADOR:	Gasto total de expedientes de contratación
FUENTE DE DATOS:	Los propios hospitales y registro de contratos
COMENTARIOS:	Evaluación final de ejercicio



META:	<15%
EVALUACIÓN:	Tendencia descendente



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy mediante el siguiente código seguro de verificación: **0944333138451993029757**

OBJETIVO 1.4: MEJORAR LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO

INDICADOR 7: INDICADORES DE MANUAL (FARMACIA HOSPITALARIA)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	<p><u>Acción 1:</u> Consumo de medicamentos, dietoterapia y productos sanitarios gestionados por el Servicio de Farmacia) a precio medio contable de todas las unidades hospitalarias que atienden a pacientes hospitalizados en el periodo analizado.</p> <p><u>Acción 2:</u> Valor contable de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado (teniendo en cuenta abonos contables).</p> <p><u>Acción 3:</u> Nº de unidades adquiridas de medicamentos EFG en el periodo analizado*100</p>
DENOMINADOR:	<p><u>Acción 1:</u> UCH del periodo analizado.</p> <p><u>Acción 2:</u> Valor a PVL (financiado) + IVA de las adquisiciones acumuladas en el periodo analizado.</p> <p><u>Acción 3:</u> Nº de unidades adquiridas del total de medicamentos en el periodo analizado.</p>
FUENTE DE DATOS:	<p><u>Acción 1:</u> Programa de gestión y dispensación del SF. Las unidades de complejidad hospitalaria (UCH) se obtienen del SIAE.</p> <p><u>Acción 2 y 3:</u> Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia (SF)</p>
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024
META:	Mejorar o mantener valor del año 2023
EVALUACIÓN:	Valoración del indicador según tendencia (Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)

INDICADOR 8A: PORCENTAJE DEL USO DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES (DDD)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	<p>DDD adquiridas de biosimilares incluidos en los principios activos/grupos terapéuticos: insulina glargina (A10AE04), eritropoyetina (B03XA01), somatropina (H01AC01), factores estimulantes de colonias (L03AA), enoxaparina (B01AB05), folitropina alfa (G03GA05), infliximab (L04AB02), etanercept (L04AB01), adalimumab (L04AB04), rituximab (L01FA01), trastuzumab (L01FD01), teriparatida (H05AA02), bevacizumab (L01FG01), ranibizumab (S01LA04), tocilizumab (L04AC07), eculizumab (L04AA25) y natalizumab (L04AA23).</p>



DENOMINADOR:	DDD adquiridas de las presentaciones biosimilares y no biosimilares de los principios activos/grupos terapéuticos: "insulinas y análogos de acción prolongada para inyección" (A10AE), "otros preparados antianémicos" (B03XA), somatropina (H01AC01), "factores estimulantes de colonias" (L03AA), "heparinas de bajo peso molecular" [dalterapina (B01AB04), enoxaparina (B01AB05), nadroparina (B01AB06), tinzaparina (B01AB10), bemiparina (B01AB12)], folitropina alfa (G03GA05), infliximab (L04AB02), etanercept (L04AB01), adalimumab (L04AB04), rituximab (L01FA01), trastuzumab (L01FD01), teriparatida (H05AA02), bevacizumab (L01FG01), ranibizumab (S01LA04), tocilizumab (L04AC07), eculizumab (L04AA25) y natalizumab (L04AA23).
FUENTE DE DATOS:	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid).
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024
META:	Tendencia favorable: ascendente
EVALUACIÓN:	Trimestral (<i>Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024</i>)
INDICADOR 8B: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Actividad anual para considerar PROA activo teniendo en cuenta las Normas de Certificación de Equipos PROA Hospitalarios elaboradas por el Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos (PRAN) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Ministerio de Sanidad.
DENOMINADOR:	Indicador para promover el desarrollo y certificación de las actividades de los PROA en el ámbito hospitalario.
FUENTE DE DATOS:	Registro Específico a través de un Formulario online.
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 0.5)
META:	100% <i>Se justificará y ponderará según las actividades indicadas y desarrolladas en el Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024.</i>
EVALUACIÓN:	Anual <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)</i>
INDICADOR 8C: SEGURIDAD EN RECETA	
FÓRMULA:	



NUMERADOR:	<p><u>Acción 1:</u> Porcentaje de pacientes ≥ 65 años con dosis altas de citalopram y escitalopram</p> <p><u>Acción 2:</u> Porcentaje de pacientes ≥ 74 años en tratamiento crónico de AAS a dosis de más de 150 mg.</p> <p><u>Acción 3:</u> Porcentaje de pacientes ≥ 74 años con dispensaciones de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) respecto a los que tienen cualquier medicamento.</p> <p><u>Acción 4:</u> Porcentaje de pacientes ≥ 74 años con AINE crónico.</p> <p><u>Acción 5:</u> Porcentaje de pacientes con prescripción de combinaciones de medicamentos inapropiadas.</p> <p><u>Acción 6:</u> Porcentaje de pacientes con pautas erróneas de metotrexato (MTX).</p>
DENOMINADOR:	<p><u>Acciones 1-4:</u> indicadores de continuidad asistencial para fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos en pacientes mayores.</p> <p><u>Acción 5:</u> indicadores de continuidad asistencial para fomentar la seguridad de los tratamientos evitando la prescripción de combinaciones inapropiadas.</p> <p><u>Acción 6:</u> indicador de continuidad asistencial para fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos con metotrexato.</p>
FUENTE DE DATOS:	Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid)
COMENTARIOS:	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 0.5)
META:	Tendencia favorable: descendente
EVALUACIÓN:	Trimestral (Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)



OBJETIVO 1.5: ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

INDICADOR 9: RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de informes clínicos digitales válidas (conforme al MFI) disponibles en HORUS
DENOMINADOR:	Nº total de registros de actividad clínica declarada
FUENTE DE DATOS:	HORUS
COMENTARIOS:	La valoración del indicador se realizará con los datos disponibles de la auditoría de actividad de los hospitales de gestión directa e indirecta del ejercicio disponible en el año en curso a aplicar, esto es, el ejercicio cerrado previo. Se aplicará en el CP24 con los datos de la auditoría de 2023 al no poder tener una aplicación retroactiva este indicador.
META:	Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales
EVALUACIÓN:	100% si se alcanza la meta,

INDICADOR 10: RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de registros ajustados facturables
DENOMINADOR:	Nº de registros declarados
FUENTE DE DATOS:	Auditoría de la Actividad
COMENTARIOS:	Adecuar la correcta documentación de la información clínica que evidencie (de forma ajustada al Manual de Facturación Intercentros_MFI) la actividad clínica asistencial realizada a los pacientes de los hospitales de gestión indirecta para poder realizar un cálculo del Balance Intercentros lo más preciso posible. La valoración del indicador se realizará con los datos disponibles de la auditoría de actividad de los hospitales de gestión directa e indirecta del ejercicio disponible en el año en curso a aplicar, esto es, el ejercicio cerrado previo. Se aplicará en el CP24 con los datos de la auditoría de 2023 al no poder tener una aplicación retroactiva este indicador.
META:	Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales
EVALUACIÓN:	100% si se alcanza la meta.



2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.	
INDICADOR 11: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA.	
FÓRMULA	(Numerador/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	<p>Acción 1. Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2024.</p> <p>Acción 2 y 3. Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP).</p>
COMENTARIOS	<p>Acción 1: Satisfacción global con la atención recibida en 2024. (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos en los segmentos estudiados).</p> <p>Acción 2: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. Al menos 1 por segmento, de entre aquellas que han obtenido resultados más bajos, con la participación del Comité de Calidad Percibida; salvo que se justifique su no realización en algunos casos por satisfacción global $\geq 95\%$.</p> <p>Acción 3: Líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida. Las líneas prioritarias son:</p> <p>Grupo 1 y 2; Apoyo; Media Estancia y Psiq:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de 1 acción de mejora derivada del Mapa de experiencia del paciente realizado en 2023 Realizar una reunión invitando a profesionales de urgencias/servicio crítico para la gerencia, para analizar situación e identificar áreas de mejora Promover la participación de los pacientes en los comités. <p>Grupo 3: Además de las anteriores realizar entrevista semiestructurada a pacientes clave para conocer la opinión de pacientes y/o familiares.</p>
META	<p>Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o $\geq 90\%$.</p> <p>Acción 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos 1, 2 y 3: 5 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. - Media estancia: 3 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023.



	<p>- Apoyo y Psq: 2 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023.</p> <p>Acción 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 2 prioritarias. - Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 3 prioritarias. - Apoyo; Media estancia y Psq: 3 líneas incluyendo las prioritarias.
EVALUACIÓN	<p>Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>
INDICADOR 12: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones 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 SGCASP.</p>
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Cumplir con los indicadores del apartado efectividad y seguridad del paciente y alcanzar el estándar. El estándar en indicadores ajustados se considera RME e IC <=1; y en indicadores no ajustados P65 del grupo.</p> <p>Acción 2: Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados publicados en el año en curso. Además, si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma).</p> <p>Acción 3. Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados en indicadores observatorio.</p>
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	<p>Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>



OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

INDICADOR 13: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL

FÓRMULA	Nº de acciones que alcanzan la meta establecida (acción 1x0,5 + acción 2x0,5) * 100
NUMERADOR ACCIÓN 1	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2
DENOMINADOR ACCIÓN 1	
FUENTE DE DATOS:	Centro Sanitario
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Mejora de la demora del ciudadano para el otorgamiento de IIPP</p> <p>Nº personas citadas < 1 mes de demora/número de personas citadas en 1 mes</p> <p>Acción 2: Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS</p>
META	<p>Acción 1: >90%</p> <p>Acción 2: SI = 100%; NO= 0%</p>
EVALUACIÓN	100% (Actividad 1: 50% + Actividad 2: 50%)

INDICADOR 14A: REDUCCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE TRATO

FÓRMULA	$\frac{\text{Nº reclamaciones por motivo trato en 2023} - \text{Nº reclamaciones en 2023, por el mismo motivo}}{\text{Nº reclamaciones de trato de 2023}} * 100$
FUENTE DE DATOS	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS	A pesar de ser un indicador que lleva varios años incluidos en el contrato programa, es oportuno mantenerlo.
META	<ul style="list-style-type: none"> Reclamaciones de trato= 0 o reducción de > 25% cumplimiento del 100% Reducción entre el 16-25%= 75% Reducción entre el 11-15%= cumplimiento del 50% Reducción entre el 5-10%= cumplimiento del 25%
EVALUACIÓN	Indicada en la meta en función del resultado alcanzado.



INDICADOR 14B: PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN MÁS FRECUENTE EN CADA CENTRO DE SANITARIO

FÓRMULA	$(\text{N}^{\circ} \text{reclamaciones en 2023, por el motivo más frecuentes} - \text{n}^{\circ} \text{reclamaciones en 2023, por el mismo motivo}) * 100 / \text{n}^{\circ} \text{reclamaciones por el mismo motivo en 2023}$
FUENTE DE DATOS	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS	
META	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del 3 al 5% = cumplimiento del 25%. • Reducción del 6 al 10 % = cumplimiento 50 % • Reducción del 11 al 20 % = cumplimiento 75 % • Reducción > 20 % = cumplimiento 100 %
EVALUACIÓN	Indicada en la meta en función del resultado alcanzado.



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

INDICADOR 15: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN

FÓRMULA:	Cumplimentación modelo Ser+Humano con registro de evidencias y seguimiento de las acciones de mejora propuestas en 2023
NUMERADOR:	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Formulario auto-evaluación que incluye evidencias y seguimiento de las acciones de mejora
COMENTARIOS:	Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2024 Acción 2: Remisión de evidencias a través del formulario SER+HUMANO Acción 3: Estado de evolución de las acciones de mejora propuestas en Contrato Gestión 2023
META:	Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación Actividad 2: remisión de evidencias Actividad 3: remisión de evolución de las acciones de mejora propuestas
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 30% + Actividad 2: 40% + Actividad 3: 30%)

INDICADOR 16: IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA

FÓRMULA:	Inclusión de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en el informe de alta de enfermería
NUMERADOR:	Nº de informes de alta de Enfermería con recomendación EMS en el periodo de estudio
DENOMINADOR:	Nº total de informes de alta de Enfermería en el periodo de estudio
FUENTE DE DATOS:	Sistema de información Historia Clínica del hospital





COMENTARIOS:	<p><u>La Escuela Madrileña de Salud pone a disposición de la ciudadanía recursos online educativos de alfabetización en salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual, 24 horas al día, 365 días al año:</u> <u>(https://escueladesalud.comunidad.madrid/)</u></p> <p>Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadoras y cuidadores y ciudadanía, en general, es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial.</p> <p>El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía</p>
META:	> 60%
EVALUACIÓN:	Se realizará muestreo de informes de alta de enfermería



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **0944333138451993029757**

OBJETIVO 2.4: OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS

INDICADOR 17: ÍNDICE DE ROTACIÓN

FÓRMULA:	Nº de ingresos durante el año/ Nº de camas funcionantes durante el mismo periodo
NUMERADOR:	Número de ingresos durante el año
DENOMINADOR:	Número de camas funcionantes durante el mismo periodo
FUENTE DE DATOS:	SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada)
COMENTARIOS:	Dada la variabilidad de camas funcionantes a lo largo del año, se calculará el promedio
META:	≥ 6,53
EVALUACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 6,53 pacientes/cama = 100% de cumplimiento • ≤ 5,53%: 0% • Entre ambas franjas, cumplimiento regresivo.

INDICADOR 18: ÍNDICE DE OCUPACIÓN

FÓRMULA:	$\frac{\text{Nº de estancias generadas} * 100}{\text{Nº de estancias posibles (camas funcionantes)} * \text{periodo de tiempo estudiado}}$
NUMERADOR:	Número de estancias generadas * 100
DENOMINADOR:	Número de estancias posibles (camas funcionantes) * periodo de tiempo estudiado.
FUENTE DE DATOS:	SIAE
COMENTARIOS:	El valor del indicador será el obtenido tras la valoración de un periodo de tiempo de un año natural (de 1 de enero a 31 de diciembre).
META:	≥85%





OBJETIVO 2.5: PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	
INDICADOR 20 : COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE, PERSONAL SANITARIA	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de personas vacunadas
DENOMINADOR:	Nº de personas a vacunar
FUENTE DE DATOS:	Listados de profesionales en activo durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe, que facilita cada uno de los centros hospitalarios.
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. 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:	80% (tasa objetivo OMS 75%)
EVALUACIÓN:	



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy mediante el siguiente código seguro de verificación: **0944333138451993029757**

3. MEJORA DE PROCESOS

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

INDICADOR 20: INDICE DE MEJORA DE LA ESTANCIA MEDIA DEPURADA POR UNIDAD FUNCIONAL (REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA/CUIDADOS CONTINUADOS)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Estancia media depurada durante el periodo de estudio por unidad funcional.
DENOMINADOR:	Estancia media depurada durante el periodo de estudio por unidad funcional del año anterior
FUENTE DE DATOS:	CMBD
COMENTARIOS:	Se consideraran los perfiles asignados por la UCME
META:	Menor o igual a 1
EVALUACIÓN:	<p>La consecución de la meta dará lugar al cumplimiento del objetivo.</p> <p>La no consecución de la meta otorgará un valor de 0 al indicador.</p> <p>En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta las especificidades de cada centro y su estructura organizativa y funcional</p>

INDICADOR 21: ÍNDICE DE EFICIENCIA E ÍNDICE DE EFICACIA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	<p>Eficiencia: (índice de Barthel al alta – índice de Barthel al ingreso) *100</p> <p>Eficacia: (índice de Barthel al alta – índice de Barthel al ingreso) * 100</p>
DENOMINADOR:	<p>Eficiencia: número de estancias de pacientes de rehabilitación neurológica (Daño cerebral adquirido).</p> <p>Eficacia: (80 - índice de Barthel al ingreso). pacientes de rehabilitación neurológica (daño cerebral adquirido).</p>
FUENTE DE DATOS:	Aplicaciones informáticas SELENE y otros sistemas de información disponibles.
COMENTARIOS:	<p>La eficiencia de la ganancia funcional es la relación entre la ganancia funcional obtenida por el paciente y el tiempo necesario para lograrla (estancia hospitalaria).</p> <p>La eficacia de la ganancia funcional es la relación entre la ganancia funcional obtenida por el paciente respecto a la pérdida funcional</p>



	presentada al ingreso. Se representa como un porcentaje y refleja la proporción de la mejoría funcional durante la rehabilitación.
META:	<p>Índice de eficiencia $\geq 0,70$</p> <p>Índice de eficacia ≥ 41</p>
EVALUACIÓN:	<p>Alcanzar el valor de la meta supone la obtención del 100% de la puntuación.</p> <p>Cada acción corresponde al 50% de la puntuación del indicador.</p>
INDICADOR 22: ÍNDICE DE EFICIENCIA E INDICE DE EFICACIA EN REHABILITACIÓN NO NEUROLÓGICA	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	<p>Eficiencia: (índice de Barthel al alta – índice de Barthel al ingreso) * 100</p> <p>Eficacia: (índice de Barthel al alta – índice de Barthel al ingreso) * 100</p>
DENOMINADOR:	<p>Eficiencia: número de estancias de pacientes de rehabilitación deterioro funcional.</p> <p>Eficacia: (índice de Barthel basal - índice de Barthel al ingreso). en pacientes de rehabilitación deterioro funcional</p>
FUENTE DE DATOS:	Aplicaciones informáticas SELENE y otros sistemas de información disponibles.
COMENTARIOS:	<p>La eficiencia de la ganancia funcional es la relación entre la ganancia funcional obtenida por el paciente y el tiempo necesario para lograrla (estancia hospitalaria).</p> <p>La eficacia de la ganancia funcional es la relación entre la ganancia funcional obtenida por el paciente respecto a la pérdida funcional presentada al ingreso. Se representa como un porcentaje y refleja la proporción de la mejoría funcional durante la rehabilitación.</p>
META:	<p>Índice de eficiencia $\geq 0,77$</p> <p>Índice de eficacia $\geq 46,76$</p>
EVALUACIÓN:	<p>Alcanzar el valor de la meta supone la obtención del 100% de la puntuación.</p> <p>Cada acción corresponde al 50% de la puntuación del indicador.</p>
INDICADOR 34: PORCENTAJE DE USO DE LA HISTORIA PALIATIVA ÚNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	
FÓRMULA:	$\frac{\text{Nº de pacientes en cuya historia paliativa única de la Comunidad de Madrid conste el comentario clínico al ingreso del paciente}}{\text{Número Total de pacientes ingresados en esa unidad en el año}} \times 100$





NUMERADOR:	Nº de pacientes en cuya historia paliativa única de la Comunidad de Madrid conste el comentario clínico al ingreso del paciente.
DENOMINADOR:	Número Total de pacientes ingresados en esa unidad en el año
FUENTE DE DATOS:	Historia clínica paliativa de la Comunidad de Madrid , Infopal
COMENTARIOS:	<p>Este indicador es aplicable a los centros públicos con unidades de Cuidados Paliativos ya sea en hospitales de media estancia u hospitales de Apoyo.</p> <p>En el numerador se recoge el número de historias clínica común de Cuidados Paliativos, InfoPal, en las que conste en el día del ingreso del paciente o en las siguientes 36 horas en caso de fines de semana el Registro de la información relativa a la valoración integral, multidisciplinar del paciente y la familia, el Plan de tratamiento al ingreso del paciente, así como las posibles incidencias ocurridas en el traslado y llegada a la UCP.</p>
META:	El objetivo final es este indicador sea igual al 100%
EVALUACIÓN:	<p><60% no puntúa</p> <p>60-79%: 50% de la puntuación</p> <p>80-99%:75% de la puntuación</p> <p>100:100% de la puntuación</p>



OBJETIVO 3.2: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

INDICADOR 23A: PORCENTAJE DE ECONSULTAS RESULTAS EN MENOS DE 72 HORAS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de eConsultas resueltas en < de 72 horas
DENOMINADOR:	Total de eConsultas
FUENTE DE DATOS:	Unidad de Continuidad Asistencial
COMENTARIOS:	El indicador se evaluará mensualmente
META:	90%
EVALUACIÓN:	Se consigue la máxima puntuación con un cumplimiento del 90%. Si cumplimiento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado.

INDICADOR 23B: PORCENTAJE DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA

NUMERADOR:	<ol style="list-style-type: none"> Número de pacientes cuyo informe clínico de alta de hospitalización está disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 Nº de pacientes cuyo informe de cuidados enfermeros al alta de hospitalización está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100 Nº de pacientes cuyo informe clínico de alta de urgencias está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100
DENOMINADOR:	<ol style="list-style-type: none"> Nº de pacientes dados de alta de hospitalización Nº de pacientes dados de alta de hospitalización Nº de pacientes dados de alta de urgencias
FUENTE DE DATOS:	CMBD Hospitales. Unidad de Continuidad Asistencial.
COMENTARIOS:	El indicador se evaluará mensualmente. Se contabilizan sólo los informes de pacientes dados de alta con destino a domicilio o centro socio-sanitario.
META:	90%
EVALUACIÓN:	En los hospitales que no disponen de Servicio de Urgencias, únicamente se evaluarán los numeradores y denominadores 1 y 2 (pacientes con informe clínico de alta de hospitalización y de cuidados enfermeros al alta). En caso de no alcanzar la meta, se valorará en función del porcentaje alcanzado.





OBJETIVO 3.3: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

INDICADOR 24: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 0944333138451993029757

OBJETIVO 3.4: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INDICADOR 25: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FÓRMULA	(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 Y Seguridad del Paciente(SGCASP). 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 clínicos y responsables de seguridad de la unidad y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Áreas prioritarias: diagnóstico por la imagen, UCI, bloque quirúrgico y urgencias. Resto a elección.</p> <p>Acción 2: Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente. Prioritarios son:</p> <ol style="list-style-type: none"> -Desarrollo de 4 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (al menos una para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias). - Realizar un mapa de riesgo en un área crítica seleccionada por la gerencia -Incluir actuaciones para la formación básica (10-20 horas) en seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y de más de 20 horas para referentes de seguridad (sin formación) en unidades, servicios o centros. <p>Acción 3: Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).</p>
META	Acción 1: Grupo 3: 8 rondas; Grupos 1 y 2: 7 rondas. Media estancia; Apoyo y Psq: 5 rondas. Incluyendo las áreas prioritarias.



	<p>Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios.</p> <p>Acción 3: >= 70% de IS y EM con informe validado, siendo al menos el nº de IS y EM identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: 175 • Grupo 2: 250 • Grupo 3: 300 • Media estancia; Apoyo y Psq: 100
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 26: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (4).
FUENTE DE DATOS	Acción 1: ENVIN-HELICS. Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1. Consolidación de los proyectos Zero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriemia Zero (BZ): disminuir densidad de incidencia de bacteriemia primaria por 1.000 días de catéter vascular central; • Neumonía Zero (NZ): disminuir densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1.000 días de ventilación mecánica; • ITU-Zero: disminuir densidad de incidencia de ITU relacionada con sonda uretral por 1.000 días de sonda uretral; • Resistencia Zero: disminuir pacientes con bacterias multirresistentes (BMR) durante el ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados. <p>De aplicación en las UCI de adultos en periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio). <i>(En los centros que realicen vigilancia anual se tendrán en cuenta esas tasas)</i></p> <p>Los residentes que pertenezcan a las UCIS o roten por las mismas deben haber recibido formación específica en proyectos Zero.</p> <p>Acción 2. Mejora de la higiene de manos a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación), incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención >95%).</p>



	<p>Acción 3. Implantación en todas las Unidades o servicios quirúrgicos donde puedan resultar de aplicación de las 3 medidas obligatorias del proyecto infección quirúrgica ZERO. (extender al resto de servicios quirúrgicos además de los 5 obligatorios).</p> <p>Acción 4. Implantación del listado de verificación quirúrgica. Pacientes quirúrgicos que en su historia clínica tengan cumplimentado el listado de verificación quirúrgica para la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico. Se evaluará a través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas.</p>
<p>META</p>	<p>Acción 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BZ ≤ 2,5; - NZ ≤ 6; - BMR ≤ 5; - ITU_Zero ≤ 2,7 - Formación: 85% de los residentes que pertenezcan o roten por las UCIS. <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.</p> <p>Acción 3: >=95%</p> <p>Acción 4: >=95%</p>
<p>INDICADOR 27: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR</p>	
<p>FÓRMULA</p>	<p>(Numerador/Denominador)*100</p>
<p>NUMERADOR</p>	<p>Nº de acciones para la mejora de atención al dolor que alcanzan la meta establecida.</p>
<p>DENOMINADOR</p>	<p>Nº total de acciones propuestas (2).</p>
<p>FUENTE DE DATOS</p>	<p>Autodeclarado. Validación por SGCASP.</p>
<p>COMENTARIOS</p>	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Pacientes que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor al menos una vez al día, mediante escalas de valoración.</p> <p>Acción 2: Desarrollo de al menos 5 líneas de actuación en los Comités de atención al dolor, siendo prioritarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo en el abordaje del dolor y/o Comités de Atención al Dolor. 2. Revisar y difundir la Biblioteca breve de atención al dolor, incluyendo referencias y recursos del centro.





Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Contrato Programa 2024



	<p>3. Desarrollar al menos 1 actuación conjunta con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)</p> <p>4. Desarrollar actuaciones de coordinación para la mejora de Atención al Dolor con Atención Primaria</p>
META	<p>Acción 1: $\geq 90\%$.</p> <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.</p>
EVALUACIÓN	<p>100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy mediante el siguiente código seguro de verificación: 0944333138451993029757

OBJETIVO 3.5: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

INDICADOR 28: % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

FÓRMULA	(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 SGCASP.
COMENTARIOS	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1: Desplegar 2 planes de mejora derivados de la última autoevaluación y Realizar la planificación para iniciar el siguiente ciclo de autoevaluación con el Modelo EFQM</p> <p>Acción 2: Tener implantado Sistema de Gestión Ambiental (SGA) o certificado UNE EN ISO 14001:2015; Realizar la medición de la huella de carbono en el hospital, abordando al menos los alcances 1 y 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alcance 1: emisiones emanadas directamente de establecimientos de salud Alcance 2: emisiones indirectas provenientes de fuentes de energía comprada, electricidad, vapor, refrigeración y calefacción) <p>Y, realizar una acción de mejora en descarbonización en relación con la medición de la huella de carbono en dichos alcances.</p> <p>Acción 3: Desarrollar 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación cuestionario 2023 de Responsabilidad Social (RS) y Cumplimentar el cuestionario 2024 RS</p>
META	<p>Acción 1: Realizar la planificación para la autoevaluación con el modelo EFQM (50%) y desplegar 2 acciones de mejora (50%)</p> <p>Acción 2: Tener implantado el SGA (70%); medición de la huella de carbono en el hospital (20%) y una acción de mejora en descarbonización (10%)</p> <p>Acción 3: Cumplimentar cuestionario 2024 RS (50%) y desarrollo de 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación del cuestionario 2023 (50%)</p>
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

OBJETIVO 4.1: PROMOVER LA GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN DATOS E INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD

INDICADOR 29: PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD

FÓRMULA:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
NUMERADOR:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
DENOMINADOR:	No aplica
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado en informe de evidencias
COMENTARIOS:	<p>Los datos en salud son una de las herramientas más potentes de las que disponen los Sistemas de Salud para mejorar en la Gestión y en la Calidad de los servicios se proporcionan a los pacientes. Se pueden utilizar tanto los aplicativos que el SERMAS pone a disposición de los hospitales para tal fin, como los propios desarrollados por cada hospital.</p> <p>Se debe enviar un informe a la Dirección General Asistencial donde se especifique para cada proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis realizado de resultados en Salud. - Áreas de mejora detectadas en el análisis. - Desarrollo del proyecto puesto en marcha a partir de las áreas de mejora detectadas. - Evaluación de resultados del proyecto.
META:	>= 2 proyectos
EVALUACIÓN:	Se evalúa con el cierre del año 2024: 1 punto por cada proyecto desarrollado. Puntuación máxima 2 puntos.



OBJETIVO 4.2: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES

INDICADOR 30: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2024 (GESTIONADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN) DEL CENTRO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro.
DENOMINADOR:	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro.
FUENTE DE DATOS:	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
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:	≥ 95%
EVALUACIÓN:	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

INDICADOR 31: 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 2024 (APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN) DEL CENTRO HOSPITALARIO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro Hospitalario.
DENOMINADOR:	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro Hospitalario /Gerencia Asistencial de Atención Primaria /Gerencia Asistencial
FUENTE DE DATOS:	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG





Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Contrato Programa 2024



	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 6 meses)



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy mediante el siguiente código seguro de verificación: 0944333138451993029757

OBJETIVO 4.3: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

INDICADOR 32: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº absoluto de proyectos activos durante 2024
DENOMINADOR:	Nº de PSFU en 2024 / 1000
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>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.</p> <p>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.</p> <p>El indicador se corresponde con el denominado “Proyectos activos” dentro del epígrafe “Proyectos de Investigación” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS..</p>
META:	Igual o mayor al 85% del valor del indicador en 2023
EVALUACIÓN:	<p>El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación • Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación • Con un valor inferior al 50% del indicador en 2023 se asignará un 25% de la puntuación
INDICADOR 33: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	
FÓRMULA:	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos activos en 2024
NUMERADOR:	
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	DG de Investigación, Docencia y Documentación



	Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
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 Servicio Madrileño de Salud SERMAS.</p>
META:	Igual o mayor al 90% del valor del indicador en 2023
EVALUACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. • Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación. • Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación. • Con un valor inferior al 50% del indicador en 2023 se asignará un 25% de la puntuación.



ANEXO II

La Comunidad de Madrid pone a disposición las siguientes direcciones web, donde se podrá consultar, entre otra información, los centros dependientes del hospital, la oferta asistencial básica del mismo e información sobre el total de efectivos de todos los grupos profesionales adscritos a centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud así como la composición de las plantillas orgánicas de cada uno de ellos

- Total de efectivos

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud>

- Plantillas Orgánicas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/plantillas-organicas-centros-sanitarios-servicio-madrileno-salud>

- Equipación

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

