

Contrato Programa con la Gerencia de la Unidad Central de Radiodiagnóstico



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **0963933637460129427964**

2024



Contenido

INTRODUCCIÓN	3
MARCO NORMATIVO	3
MARCO ESTRATÉGICO	4
CONDICIONES GENERALES.....	6
ANEXO I.....	11
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	12
2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	22
3. MEJORA DE PROCESOS	32
4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN.....	50
ANEXO II.....	56



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **0963933637460129427964**

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 Unidad Central de Radiodiagnóstico 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. La Unidad Central de Radiodiagnóstico (en adelante U.C.R.) proporcionará técnicas radiológicas de diagnóstico y tratamiento a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional asignado a los Hospitales Universitarios: Infanta Leonor, Infanta Sofía, Henares, Infanta Cristina, Sureste y Tajo, así como a cualquier otro hospital integrado en el Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid, si así le fuera asignado por la Consejería de Sanidad.

La oferta asistencial de la U.C.R. al Servicio Madrileño de Salud, sujeta a contrato, queda determinada por el Catálogo de Prestaciones, según la SERAM, Equipamiento y Modalidades Asistenciales y será ofertada a todos los ciudadanos que constituyen su población asignada, determinada conforme a los siguientes parámetros:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)					
1.306.702					
Distribución población TSI según tramos etarios					
HOSPITAL	0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
H. U. INFANTA SOFÍA	6.691	51.236	234.953	40.083	14.651
H. U. DEL HENARES	3.224	20.777	117.417	25.934	6.318
H. U. INFANTA LEONOR	6.751	41.618	221.349	34.940	15.917
H. U. DEL SURESTE	4.858	31.775	140.597	21.266	6.591
H. INFANTA CRISTINA	3.643	29.646	119.876	19.392	5.053
H. DEL TAJO	1.582	11.908	54.295	10.141	4.220
TOTAL	26.749	186.960	888.487	151.756	52.750



Asimismo, la Unidad Central de Radiodiagnóstico 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 y seleccionen alguno de los hospitales a los que proporciona servicio

- El Contrato Programa suscrito con fecha de diciembre de 2023 entre el Servicio Madrileño de Salud y la empresa pública con forma de entidad de derecho público “Unidad Central de Radiodiagnóstico” para el ejercicio 2024 determina las variables técnicas, asistenciales, económicas y de cualquier otra índole en las que habrá de materializarse dicho convenio para el período.

Se fija como cantidad correspondiente para el ejercicio 2024 veintinueve millones cuatrocientos noventa y siete mil cuatrocientos veintisiete euros (29.497.427,00 €). El gasto devengado será imputado al programa 312A, Capítulo II, subconcepto 25704 de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para la entidad de derecho público U.C.R.

Las evaluaciones de cumplimiento de los indicadores de sostenibilidad incluidos en este contrato se basarán de las cantidades indicadas en los Capítulos Presupuestarios de Gasto de la entidad de derecho público U.C.R.

Capítulo I	Gastos de Personal	20.190.544,00€
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	4.351.933,00€
Capítulo VI	Inversiones Reales	4.954.950,00€

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 Unidad Central de Radiodiagnóstico 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.

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 Unidad Central de Radiodiagnóstico 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. La actividad extraordinaria que desarrolle el Unidad Central de Radiodiagnóstico a fin de cumplir con el objetivo previsto relativo a facilitar a los ciudadanos la atención en tiempo conforme a los objetivos institucionales de reducción de la lista de espera, será igualmente financiada por el Servicio Madrileño de Salud con una aportación adicional de **1.791.958€**.

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 Unidad Central de Radiodiagnóstico 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 Asistencial la actividad realizada conforme a dichos créditos en el modelo normalizado establecido a tal efecto.

.



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 de la Unidad
Central de Radiodiagnóstico

D^a Laura Gutiérrez Barreno

D. César López Velayos



ANEXO I

PERSPECTIVA	OBJETIVO	UNIDAD RESPONSABLE EVALUACIÓN	INDICADOR	PESO PORCENTUAL
SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.1. CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAP. I.	DGRRHH	01 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. I.	19
	1.2. MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	DGRRHH	02 REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES A RRHH, EN TIEMPO Y FORMA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS 03 PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT	3
	1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	DGEFF	04 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. II	10
ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	DGHAP	05 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	2
			06 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	2
	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	DGHAP	07 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL	3
			08 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES	3
	2.3. CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.	DGHAP	09 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN	3
			10 PORCENTAJE DE MAMOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS CON SOSPECHA DE PATOLOGÍA MAMARIA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A SIETE DÍAS	3
	2.4. FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.	DGA	11 PORCENTAJE DE RADIOLOGÍA SIMPLE CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A QUINCE DÍAS.	3
			12 PORCENTAJE DE ECOGRAFÍA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	3
			13 PORCENTAJE DE TAC CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	2
			14 PORCENTAJE DE RM CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	2
MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA Y LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	DGA	15 PORCENTAJE DE PRUEBAS, PETICIÓN URGENTE, REALIZADAS ANTES DE 24 HORAS PARA PACIENTES INGRESADOS.	3
			16 PORCENTAJE DE PRUEBAS, PETICIONES PREFERENTES, DE LOS CENTROS DE SALUD REALIZADAS ANTES DE 10 DÍAS	3
	3.2. MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES.	DGA	17 EVALUACIÓN DEL PLAN DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIOCIONES IONIZANTES DE CADA UNO DE LOS CENTROS DE LA UCR, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.	5
	3.3 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	DGA	18 PORCENTAJE DE ECONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 HORAS	3
	3.4. AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	DGHAP	19 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	6
			20 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	2
3.5. CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.	DGHAP	21 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	6	
INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	4.1 PROMOVER LA PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN INDICADORES Y DATOS DE SALUD	DGA	22 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	DGIDD	23 % 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 CENTRO	2
		DGIDD	24 % 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 Y DOCUMENTACIÓN, EN EL CENTRO	2
	4.3 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	DGIDD	25 Nº DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	2
		DGIDD	26 Nº DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	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>



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **0963933637460129427964**

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 FGRM 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 Asistencial.
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.



2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.	
INDICADOR 5: 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.



	<ul style="list-style-type: none"> - Media estancia: 3 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. - Apoyo y Psq: 2 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023. <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 6: 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 7: 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 8A: 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%



	<ul style="list-style-type: none"> Reducción entre el 5-10%= cumplimiento del 25%
EVALUACIÓN	Indicada en la meta en función del resultado alcanzado.
INDICADOR 8B: PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN MÁS FRECUENTE EN CADA CENTRO DE SANITARIO	
FÓRMULA	(Nº reclamaciones en 2023, por el motivo más frecuentes - nº reclamaciones en 2023, por el mismo motivo) * 100 / nº 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **0963933637460129427964**

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

INDICADOR 9: 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:	<p>Acciones propuestas a desarrollar:</p> <p>Acción 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2024</p> <p>Acción 2: Remisión de evidencias a través del formulario SER+HUMANO</p> <p>Acción 3: Estado de evolución de las acciones de mejora propuestas en Contrato Gestión 2023</p>
META:	<p>Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación</p> <p>Actividad 2: remisión de evidencias</p> <p>Actividad 3: remisión de evolución de las acciones de mejora propuestas</p>
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 30% + Actividad 2: 40% + Actividad 3: 30%)



OBJETIVO 2.4: FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.

INDICADOR 10: PORCENTAJE DE MAMOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS CON SOSPECHA DE PATOLOGÍA MAMARIA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A SIETE DÍAS.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de mamografías diagnósticas con sospecha de patología mamaria realizada en más de siete días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de mamografías diagnóstica con sospecha de patología mamaria realizadas en el periodo de evaluación a pacientes ambulatorios
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.

INDICADOR 11: PORCENTAJE DE RADIOLOGÍA SIMPLE CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 15 DÍAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de peticiones de radiología convencional realizada en más de diez días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de peticiones de radiología convencional en pacientes ambulatorios
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.

INDICADOR 12: PORCENTAJE DE ECOGRAFÍA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de peticiones ecografía realizada en más de treinta días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de peticiones ecografía en pacientes ambulatorios
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.



INDICADOR 13: PORCENTAJE DE T.C. CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de peticiones T.C. realizada en más de treinta días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de T.C. en pacientes ambulatorios
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el 10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.

INDICADOR 14: PORCENTAJE DE R.M. CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de peticiones de R.M. realizada en más de treinta días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de peticiones de R.M. en pacientes ambulatorios.
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el 10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.



3. MEJORA DE PROCESOS

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

INDICADOR 15: PORCENTAJE DE PRUEBAS, PETICIÓN URGENTE, REALIZADAS ANTES DE 24 HORAS PARA PACIENTES INGRESADOS.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de PRUEBAS con plazo de realización del proceso mayor de 24h desde la petición urgente en paciente hospitalizado*100.
DENOMINADOR:	Número de PRUEBAS de petición urgente en paciente hospitalizado.
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.

INDICADOR 16: PORCENTAJE DE PRUEBAS PREFERENTES, DESDE LOS CENTROS DE SALUD, REALIZADAS ANTES DE 10 DÍAS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de PRUEBAS con plazo de realización del proceso mayor de 10 desde la petición PREFERENTE DESDE LOS CENTROS DE SALUD*100.
DENOMINADOR:	Número de PRUEBAS CON petición PREFERENTE DESDE LOS CENTROS DE SALUD*100.
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.





OBJETIVO 3.2: MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES.

INDICADOR 17: EVALUAR EL PLAN DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIACIONES IONIZANTES DE CADA UNO DE LOS CENTROS DE LA UCR, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de evaluaciones del planes de formación
DENOMINADOR:	N/A
FUENTE DE DATOS:	Comision de Seguridad del paciente de SERMAS
COMENTARIOS:	
META:	Realizado
EVALUACIÓN:	100% del valor del indicador en caso de haber evaluado el plan en al menos la mitad de los centros dependientes.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **0963933637460129427964**



OBJETIVO 3.3: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

INDICADOR 18 : 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.



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

INDICADOR 19: 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	<p>Acción 1: Grupo 3: 8 rondas; Grupos 1 y 2: 7 rondas. Media estancia; Apoyo y Psq: 5 rondas. Incluyendo las áreas prioritarias.</p> <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 20: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
FÓRMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (4).
FUENTE DE DATOS	<p>Acción 1: ENVIN-HELICS.</p> <p>Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCASP.</p>
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>
META	<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>



OBJETIVO 3.5: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

INDICADOR 21: Porcentaje 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 22: 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 23: 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 24: 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 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)



OBJETIVO 4.3: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

INDICADOR 25: 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 26: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	
FÓRMULA:	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos activos en 2024
NUMERADOR:	
DENOMINADOR:	



<p>FUENTE DE DATOS:</p>	<p>DG de Investigación, Docencia y Documentación</p> <p>Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.</p>
<p>COMENTARIOS:</p>	<p>Investigadores con participación en proyectos: Profesionales con vinculación funcionarial, 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>
<p>META:</p>	<p>Igual o mayor al 90% del valor del indicador en 2023</p>
<p>EVALUACIÓN:</p>	<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>

