



# Contrato Programa con la Gerencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda

## Contenido

<u>INTRODUCCIÓN</u> .....	3
<u>MARCO NORMATIVO</u> .....	3
<u>MARCO ESTRATÉGICO</u> .....	4
<u>CONDICIONES GENERALES</u> .....	7
<u>ANEXO I</u> .....	12
<u>1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS</u> .....	13
<u>2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS</u> .....	23
<u>3. MEJORA DE PROCESOS</u> .....	33
<u>4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN</u> .....	51
<u>ANEXO II</u> .....	57

---

## 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 Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

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

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

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

1. El Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda 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 que constituyen su población asignada, determinada conforme a los siguientes parámetros:

POBLACIÓN TOTAL (TSI)				
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda				
Distribución población TSI según tramos etarios				
0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
8.557	63.165	282.203	46.622	17.988

Asimismo, el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda 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 Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda 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:

<b>Capítulo I</b>	<b>Gastos de Personal</b>	<b>157.210.482 €</b>
	<b>Formación de Personal Sanitario</b>	<b>€</b>
<b>Capítulo II</b>	<b>Bienes Corrientes y de Servicios</b>	<b>143.529.382 €</b>

Los créditos asignados en Capítulo I, Gastos de Personal, comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato-Programa, dentro de los límites presupuestarios establecidos.

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 Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda 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 Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda los recursos humanos y los medios estructurales.

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 Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda ante la Dirección General de Infraestructuras Sanitarias y serán aprobadas por el Servicio Madrileño de Salud en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

- La actividad extraordinaria que desarrolle el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda 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 **3.063.845,91 €**.

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 Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda 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.

- Respecto de la facturación y cobros del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda por los servicios que sean prestados al amparo del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en aquellos casos en los que exista un tercero obligado al pago, las previsiones son las siguientes:

<b>Facturación a Terceros:</b>	<b>3.767.347,71 €</b>
--------------------------------	-----------------------

- 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 lunes, 13 de mayo de 2024.

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

Firmado digitalmente por: GUTIÉRREZ BARRENO LAURA  
Fecha: 2024.06.14 11:56

D<sup>a</sup> Laura Gutiérrez Barreno

El Director Gerente del Hospital  
Universitario Puerta de Hierro-  
Majadahonda

Firmado digitalmente por: GARCIA PONDAL JULIO JESUS  
Fecha: 2024.06.11 09:55

D. Julio García Pondal

**Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado  
datos personales en aplicación de la normativa vigente.**

## ANEXO I

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTAJACIÓN
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	14
	1.2 MEJORAR LA GESTIÓN DE RRHH	02 FRECUENCIA 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. I	9
	1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE LA TITULO I	05 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO	1
		06 PORCENTAJE DE NÚMERO DE CONTRATOS MENORES SOBRE EL TOTAL DE CONTRATADOS	1
07 PORCENTAJE DEL GASTO DE LA CONTRATACIÓN MENOR RESPECTO AL TOTAL DEL GASTO DE EXPEDIENTES DE		1	
1.4 INCREMENTAR LOS REGISTROS SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB	08 OPTIMIZACIÓN Y CALIDAD DE REGISTRO SIFCO	1	
	- BA OPTIMIZACIÓN REGISTRO SIFCO HOSPITALES CON CSUR		
	- BB CALIDAD REGISTRO HOSPITALIZACIÓN SIFCO HOSPITALES CON CSUR		
1.5 MEJORAR LA EFICACIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO	09 COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA) / COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLÓGICAS ONCOLÓGICAS DE ALTO IMPACTO	2,5	
	10 PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON DIAGNÓSTICOS DE ALTO IMPACTO	1,5	
	11 OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO (PROMEDIOS DE RECLAMACIONES) (S)	1	
1.6 ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	12 RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS	1	
	13 RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES	1	
	14 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	3	
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	5 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	1
	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	6 % DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIÉTICA ASISTENCIAL	2
		7 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA DISMINUIR RECLAMACIONES	2
	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	9 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN	3
		19 IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA	1
	2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	20 DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL EN LEG. LECYLET	3
21 PACIENTES QUIRÚRGICOS DIANA SIN INTERVENIR		1	
22 PACIENTES CON DEMORA SUPERIOR A 30 DÍAS EN LEC		2	
2.5 PROTEGER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES	23 RENDIMIENTO DE GUARDIA	2	
	24 ÍNDICE DE SUESVAS PRIMERAS	1	
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	25 AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS	2
		27 IEMA (ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA)	2
		28 PORCENTAJE DE INGRESO (A) Y PORCENTAJE DE REINGRESO URGENCIA(S)	2
	3.2 OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	29 % DE PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA	2
		30 POTENCIACIÓN DE LAS DIGNACIONES	1
	3.4 POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES	31 SALUD MENTAL	1
		32 PALIATIVOS	1
	3.5 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NÍVELES ASISTENCIALES	33A % DE F-CONSULTA RESUELTO EN MENOS DE 72 H	1
		33B % DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORAS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA	
	3.6 MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	34A: % DE VPE VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD	1
34B: % DE SM VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD			
3.7 MEJORAR LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE MAYOR INSTITUCIONALIZADO ATENDIDO EN URGENCIAS	35 POTENCIAR EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	2	
	36 PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS REVALUADOS EN URGENCIAS DURANTE LAS 72 HORAS POSTERIORES AL ALTA DE DICHO SERVICIO	1	
3.8 REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS	37 POTENCIAR LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	1	
	38 INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ORGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA	1,5	
3.9 AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	39 VIGILANCIA STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)	1,5	
	40 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	
	42 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	3	
3.10 CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	43 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR	1	
	41 % 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	44 DESARROLLO DE PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	2
	4.2 ACTUALIZACIÓN CODIGOS ASISTENCIALES	45 CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CODIGOS ASISTENCIALES	1
		46 % DE ACTIVIDADES FORMATIVAS DESARROLLADAS EN FORMATO NO PRESENCIAL (AULAS VIRTUALES, VIDEOCONFERENCIAS, CURSOS FORMATO ONLINE)	2
	4.3 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES	47 % DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, GESTIONADO POR DG DE INVESTIGACIÓN, OCCASIONALES Y DOCUMENTACIÓN, DEL	2
4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	48 NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	2	
	49 NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (EPSU)	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	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto computable en CAP. I a efectos del Contrato Programa 2024
<b>DENOMINADOR:</b>	Objetivo presupuestario de gasto de Capítulo I asignado en Contrato Programa 2024
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
<b>COMENTARIOS:</b>	A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el Contrato Programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc...
<b>META:</b>	Resultado igual o inferior a 1 (100 %)
<b>EVALUACIÓN:</b>	<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.

<b>FÓRMULA:</b>	Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
<b>COMENTARIOS:</b>	<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>
<b>META:</b>	100%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>Para cada una de las acciones será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo.</li> <li>- Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.</li> </ul>

#### INDICADOR 3: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT

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

<b>COMENTARIOS:</b>	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.
<b>META:</b>	Menor o igual a 1.
<b>EVALUACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor o igual a 1: 3 Puntos.</li><li>• Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5.</li><li>• Valores superiores a 1,5: 0 Puntos.</li></ul>

## OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II

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

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

### INDICADOR 5: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Facturación a terceros realizada en 2024
<b>DENOMINADOR:</b>	Facturación a terceros esperada para 2024
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
<b>COMENTARIOS:</b>	
<b>META:</b>	1
<b>EVALUACIÓN:</b>	Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0

### INDICADOR 06: PORCENTAJE DE NÚMERO DE CONTRATOS MENORES SOBRE EL TOTAL DE CONTRTATOS

<b>FÓRMULA:</b>	Número de contratos /total contratos
<b>NUMERADOR:</b>	Número de contratos menores
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de contratos totales
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Los propios hospitales y registro de contratos

<b>COMENTARIOS:</b>	Evaluación semestral
<b>META:</b>	<25%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Tendencia descendente
<b>INDICADOR 07: PORCENTAJE DEL GASTO DE LA CONTRATACIÓN MENOR RESPECTO AL TOTAL DEL GASTO DE EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Gasto total contratos menores /gasto total contratos
<b>NUMERADOR:</b>	Gasto de la contratación menor
<b>DENOMINADOR:</b>	Gasto total de expedientes de contratación
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Los propios hospitales y registro de contratos
<b>COMENTARIOS:</b>	Evaluación final de ejercicio
<b>META:</b>	<15%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Tendencia descendente

## OBJETIVO 1.4 INCREMENTAR LOS REGISTROS SIFCO EN LA APLICACIÓN SIFCO WEB (SINTÉTICO)

### INDICADOR 8A: OPTIMIZACIÓN REGISTRO SIFCO HOSPITALES CON CSUR

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Total de Registros Finalizados (en el periodo de evaluación)
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de Registros Recibidos
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SIFCO-WEB
<b>COMENTARIOS:</b>	Registros recibidos: Solicitados por CCAA de origen a fecha de autorización Registro finalizado: Registro con fecha de finalización y con estado de atención registrada.
<b>META:</b>	Igual o superior al 80%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Sobre los Datos del último cierre de SIFCO disponible.
<b>INDICADOR 8B: CALIDAD REGISTRO HOSPITALIZACIÓN SIFCO HOSPITALES CON CSUR</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Total Asistencias Compensadas en Hospitalización (Anexo I y III)
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de Asistencias finalizadas en Hospitalización (Anexo I y III)
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SIFCO-WEB
<b>COMENTARIOS:</b>	Asistencias Compensadas: Aquellas están dentro de los GRDs listados por el Ministerio Asistencias Finalizadas: Atenciones de hospitalización con fecha de finalización y con estado de atención registrada.
<b>META:</b>	Igual o superior al 60%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Este objetivo se valorará siempre y cuando se cumpla el 1.4. En caso de no cumplirse el 1.4, se darán por no cumplido cumplidos ambos

### OBJETIVO 1.5: MEJORA LA EFICIENCIA EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO

#### INDICADOR 9: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA) Y COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS DE ALTO IMPACTO

#### INDICADOR 9A: COSTE DEL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO (ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Coste acumulado de principios activos de alto impacto en pacientes externos
<b>DENOMINADOR:</b>	Paciente dispensado medio con patología de alto impacto
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 2)
<b>META:</b>	Tendencia favorable: descendente
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)</i>

#### INDICADOR 9B: COSTE DEL TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS DE ALTO IMPACTO

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Coste acumulado de los tratamientos con fármacos oncológicos en Cáncer de Mama y Cáncer de Próstata
<b>DENOMINADOR:</b>	Paciente dispensado medio con esta patología
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 0.5)
<b>META:</b>	Tendencia favorable: descendente
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)</i>

#### INDICADOR 10: PORCENTAJE DE PACIENTES TOTALES CON BIOSIMILARES DE ALTO IMPACTO

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número de pacientes totales en tto. con Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv, Ranibizumab, Tocilizumab, Eculizumab y Natalizumab biosimilar

<b>DENOMINADOR:</b>	Número total de pacientes en tto. con Infiximab, Etanercep, Adalimumab, Rituximab iv, Trastuzumab iv, Bevacizumab iv, Ranibizumab, Tocilizumab, Eculizumab y Natalizumab (biosimilar + no biosimilar)
<b>FUENTE DEDATOS:</b>	Programa de gestión y dispensación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024
<b>META:</b>	<b>Tendencia favorable: ascendente</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Trimestral <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)</i>
<b>INDICADOR 11: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) Y SEGURIDAD EN RECETA</b>	
<b>INDICADOR 11A: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	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.
<b>DENOMINADOR:</b>	Indicador para promover el desarrollo y certificación de las actividades de los PROA en el ámbito hospitalario.
<b>FUENTE DEDATOS:</b>	Registro Específico a través de un Formulario online.
<b>COMENTARIOS:</b>	Ver Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024 (Peso porcentual 0.5)
<b>META:</b>	<b>100%</b> <i>Se justificará y ponderará según las actividades indicadas y desarrolladas en el Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales Año 2024.</i>
<b>EVALUACIÓN:</b>	Anual <i>(Ver Anexos: Manual de Indicadores de Utilización de Medicamentos Hospitales 2024)</i>
<b>INDICADOR 11B: SEGURIDAD EN RECETA</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	

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

## OBJETIVO 1.6: ADECUAR Y MODULAR LA CORRECTA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

### INDICADOR 12: RELACIÓN DE REGISTROS AJUSTADOS FACTURABLES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de registros ajustados facturables
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de registros declarados
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Auditoría de la Actividad
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>META:</b>	Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si se alcanza la meta.

### INDICADOR 13: RELACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DISPONIBLES DIGITALMENTE EN LA PLATAFORMA HORUS

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de informes clínicos digitales válidas (conforme al MFI) disponibles en HORUS
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de registros de actividad clínica declarada
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	HORUS
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>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.</p>
<b>META:</b>	Mayor o igual a la media de grupo de Hospitales
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% si se alcanza la meta,

## 2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.	
INDICADOR 14: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA.	
<b>FÓRMULA</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones de calidad percibida-que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<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>
<b>COMENTARIOS</b>	<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 <math>\geq 95\%</math>.</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"> <li>Desarrollo de 1 acción de mejora derivada del Mapa de experiencia del paciente realizado en 2023</li> <li>Realizar una reunión invitando a profesionales de urgencias/servicio crítico para la gerencia, para analizar situación e identificar áreas de mejora</li> <li>Promover la participación de los pacientes en los comités.</li> </ul> <p>Grupo 3: Además de las anteriores realizar entrevista semiestructurada a pacientes clave para conocer la opinión de pacientes y/o familiares.</p>
<b>META</b>	<p>Acción 1: Mejor de su grupo de hospitales o <math>\geq 90\%</math>.</p> <p>Acción 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos 1, 2 y 3: 5 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023.</li> <li>- Media estancia: 3 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo y Psq: 2 acciones de mejora derivadas de la encuesta 2023.</li> </ul> <p>Acción 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo 1, y 2: 4 líneas incluyendo las 2 prioritarias.</li> <li>- Grupo 3: 5 líneas incluyendo las 3 prioritarias.</li> <li>- Apoyo; Media estancia y Psq: 3 líneas incluyendo las prioritarias.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>
<b>INDICADOR 15: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN</b>	
<b>FÓRMULA</b>	<b>(Numerador/Denominador)*100</b>
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones para mejorar los resultados clave de la organización que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<p>Acción 1: Observatorio de Resultados.</p> <p>Acción 2 y 3: Autodeclarado y validado por la SGCASP.</p>
<b>COMENTARIOS</b>	<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 &lt;=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>
<b>META</b>	<p>Acción 1: &gt;=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>
<b>EVALUACIÓN</b>	<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 16: Porcentaje de acciones desarrolladas de Bioética Asistencial

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

### INDICADOR 17A: Reducción de las reclamaciones de trato

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

### INDICADOR 17B: Porcentaje de disminución de la reclamación más frecuente en cada centro de sanitario

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

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

#### INDICADOR 18: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE EN LOS CENTROS DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN

<b>FÓRMULA:</b>	Cumplimentación modelo Ser+Humano con registro de evidencias y seguimiento de las acciones de mejora propuestas en 2023
<b>NUMERADOR:</b>	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Formulario auto-evaluación que incluye evidencias y seguimiento de las acciones de mejora
<b>COMENTARIOS:</b>	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
<b>META:</b>	Actividad 1: cumplimentación del modelo de autoevaluación Actividad 2: remisión de evidencias Actividad 3: remisión de evolución de las acciones de mejora propuestas
<b>EVALUACIÓN:</b>	100% (Actividad 1: 30% + Actividad 2: 40% + Actividad 3: 30%)

#### INDICADOR 19: IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA

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

<p><b>COMENTARIOS:</b></p>	<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> <a href="https://escueladesalud.comunidad.madrid/">(https://escueladesalud.comunidad.madrid/)</a></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>
<p><b>META:</b></p>	<p>&gt; 60%</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p>	<p>Se realizará muestreo de informes de alta de enfermería</p>

### OBJETIVO: 2.4 MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA CONSULTAS HOSPITALARIAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

#### INDICADOR 20: DEMORA MEDIA ESTRUCTURAL EN LEQ, LEC Y LET

<b>FÓRMULA:</b>	Demora media estructural a fecha de corte
<b>NUMERADOR:</b>	$\Sigma$ de días (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro) – días en TNP/demora voluntaria
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de pacientes en LE Estructural
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	RULEQ / SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	En Consultas y Técnicas, la fecha de inicio de cómputo es la mayor entre la fecha de indicación y la fecha de demora voluntaria. La fecha de fin de cómputo es la fecha de corte, excepto en los casos de última espera con aplazamiento por motivos del paciente, en los que se considera la menor entre fecha de corte y fecha de hueco. Los servicios y técnicas que se consideran para el cálculo del indicador se pueden consultar en la Herramienta de Gestión y Planificación Sanitaria del SERMAS.
<b>META:</b>	< 45 días en las 3 listas
<b>EVALUACIÓN:</b>	El reparto del peso por lista será: - Quirúrgica 1,5 puntos de 3 - Consultas primeras 1,25 punto de 3 - Técnicas primeras 1,25 punto de 3 El cumplimiento se evaluará por cada una de las listas, de la siguiente manera: -100% si DME < 45 en fecha de corte 31-12-2024 -60% si DME < 55 en fecha de corte 31-12-2024 -25% si DME en fecha de corte de 31-12-2024 < DME en fecha de corte de 31-12- 2023.

#### INDICADOR 21: PACIENTES QUIRÚRGICOS DIANA SIN INTERVENIR

<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de pacientes Diana no intervenidos
<b>NUMERADOR:</b>	Número de pacientes en LEQ Estructural con fecha límite de intervención cumplida
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de pacientes en LEQ Estructural
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	RULEQ
<b>COMENTARIOS:</b>	Indicador que mide el cumplimiento del plazo de garantía de Intervención Quirúrgica. El objetivo es terminar cada mes sin pacientes pendientes de intervenir con plazo de garantía cumplido.
<b>META:</b>	0%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa el último día de cada mes: -1 punto si la medición en diciembre es 0% -1 punto si la medición en al menos 3 meses diferentes de diciembre es 0%

### INDICADOR 22: PACIENTES CON DEMORA SUPERIOR A 90 DÍAS EN LEC

<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de pacientes de más de 90 días en LEC
<b>NUMERADOR:</b>	Número de pacientes en LEC Estructural con demora a fecha de corte superior a 90 días
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de pacientes en LEC Estructural
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	La fecha de inicio de cómputo es la mayor entre la fecha de indicación y la fecha de demora voluntaria. La fecha de fin de cómputo es la fecha de corte, excepto en los casos de última espera con aplazamiento por motivos del paciente, en los que se considera la menor entre fecha de corte y fecha de hueco. Los servicios que se consideran para el cálculo del indicador se pueden consultar en la Herramienta de Gestión y Planificación Sanitaria del SERMAS.
<b>META:</b>	<10%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa el último día de cada mes: 2 puntos si la medición de diciembre es menor de 10% 1 punto si la medición de diciembre está entre 10% y 20% 0,5 puntos si la medición de diciembre de 2024 es menor que la medición de diciembre de 2023 El máximo de puntuación son 2 puntos

### INDICADOR 23: RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS

<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de tiempo utilizado de quirófano respecto al asignado
<b>NUMERADOR:</b>	Tiempo de actividad quirúrgica (hora salida quirófano - hora entrada quirófano)
<b>DENOMINADOR:</b>	Tiempo de asignación quirúrgica
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Fichero de quirófanos
<b>COMENTARIOS:</b>	Se tiene en cuenta la asignación en jornada ordinaria. Se presume una asignación mínima en jornada ordinaria de 8,00 a 15,00. Se tiene en cuenta la actividad programada en jornada ordinaria. Los servicios que computan en el indicador son Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología.
<b>META:</b>	>75%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa con el cierre del año 2024: -1,5 puntos si la medición final es superior a 75% -1,5 puntos si la medición final es superior que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad -1,5 puntos si la medición final es superior que la medición de 2023 La puntuación máxima es 2 puntos

### INDICADOR 24: INDICE SUCESIVAS/PRIMERAS

<b>FÓRMULA:</b>	Índice Consultas Sucesivas / Consultas Primeras
<b>NUMERADOR:</b>	Número de Consultas Sucesivas Realizadas
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de Primeras Consultas Realizadas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	Índice resultante de la comparación entre Consultas Sucesivas y Consultas Primeras. Se tendrán en cuenta para el indicador las consultas realizadas por los servicios de Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Aparato Digestivo, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Rehabilitación, Traumatología y Urología
<b>META:</b>	< 2
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa el último día de cada mes: 0,5 puntos si la medición de diciembre es menor de 2 0,5 puntos si la medición de diciembre es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,5 puntos si la medición de diciembre de 2024 es menor que la medición de diciembre de 2023 La puntuación máxima es 1 punto

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

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

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

### 3. MEJORA DE PROCESOS

OBJETIVO 3.1. MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	
INDICADOR 26: AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS	
<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos
<b>NUMERADOR:</b>	Número de Intervenciones quirúrgicas realizadas en régimen ambulatorio
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de Intervenciones quirúrgicas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Fichero de quirófanos
<b>COMENTARIOS:</b>	Se calcula sobre la actividad quirúrgica programada realizada declarada mediante el Fichero de Quirófanos, tanto jornada ordinaria como extraordinaria. Los servicios que computan en el indicador son Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología.
<b>META:</b>	>70%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa con el cierre del año 2024: 1,5 puntos si la medición final es superior a 70% 1,5 puntos si la medición final es superior que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 1,5 puntos si la medición final es superior que la medición de 2023 La puntuación máxima es 2 puntos
INDICADOR 27: INDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA (IEMA)	
<b>FÓRMULA:</b>	Índice Estancia Observada / Estancia Esperada
<b>NUMERADOR:</b>	Sumatorio de estancias utilizadas en episodios de hospitalización
<b>DENOMINADOR:</b>	Sumatorio de estancias esperadas en episodios de hospitalización según GRD, complejidad y grupo de hospital
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	CMBD
<b>COMENTARIOS:</b>	El cálculo del IEMA se basa en un ajuste de tasas por el método indirecto agrupando los episodios de hospitalización en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y excluyendo dentro de cada GRD los episodios con estancias de 0 días y alta domiciliaria (outliers inferiores) y aquellos con estancia superior a un punto de corte calculado para cada GRD (outliers superiores). Un índice global inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente respecto a la Norma de comparación.
<b>META:</b>	<= 1



<p><b>EVALUACIÓN:</b></p>	<p>La Norma de comparación utilizada será la conformada por el total de episodios de hospitalización de 2024 de los hospitales del grupo al que pertenece cada hospital. Se excluirán los episodios a cargo del servicio de Obstetricia.</p> <p>Se evalúa con el cierre del CMBD del año 2024: 1 punto si la medición es inferior a 1 0,5 puntos si la medición es inferior a la medición de 2023 La puntuación máxima es 1 punto</p>
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### OBJETIVO 3.2: OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

#### INDICADOR 28A: PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DESDE URGENCIAS

<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de episodios de urgencias con tipo de alta "hospitalización en propio centro"
<b>NUMERADOR:</b>	Número de episodios de urgencias con tipo de alta "hospitalización en propio centro"
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de episodios de urgencias con fecha de alta
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Historia Clínica Electrónica Hospitales
<b>COMENTARIOS:</b>	Se monitoriza mes a mes midiendo el acumulado de 2024. Se excluyen las urgencias gine-obstétricas y psiquiátricas.
<b>META:</b>	< 9%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa con el cierre del año 2024: 0,5 puntos si la medición final es inferior a 9% 0,5 puntos si la medición final es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,5 puntos si la medición final es menor que la medición de 2023 La puntuación máxima es 1 punto

#### INDICADOR 28B: REATENCIÓN EN URGENCIAS DESPUÉS DE EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN

<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de episodios de urgencias con un ingreso previo en hospitalización en los últimos 30 días
<b>NUMERADOR:</b>	Número de episodios de urgencias atendidos con ingreso previo en hospitalización en los últimos 30 días
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de episodios de urgencias atendidos
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Historia Clínica Electrónica Hospitales
<b>COMENTARIOS:</b>	Se monitoriza mes a mes midiendo el acumulado de 2024. Para seleccionar los episodios a evaluar se tiene en cuenta la fecha de alta del episodios de urgencias. Para el cálculo de los 30 días se tiene en cuenta la fecha de alta del episodio previo de hospitalización y la fecha de ingreso del episodio de urgencias. Se excluyen las urgencias gine-obstétricas y psiquiátricas.
<b>META:</b>	< 4%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa con el cierre del año 2024: 0,75 puntos si la medición final es inferior a 4% 0,75 puntos si la medición final es menor que la media de hospitales del mismo nivel de complejidad 0,75 puntos si la medición final es menor que la medición de 2023 La puntuación máxima es 1 punto

#### INDICADOR 29: PACIENTES CON ALTA ADMINISTRATIVA ANTES DE LAS 13H

<b>FÓRMULA:</b>	Porcentaje de episodios de hospitalización con alta administrativa anterior a las 13,00
<b>NUMERADOR:</b>	Número de episodios de hospitalización con alta administrativa entre las 7,00 y las 13,00
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de episodios de hospitalización con fecha de alta
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	CMBD
<b>COMENTARIOS:</b>	Se excluyen los episodios con tipo de alta Exitus, y los episodios con estancia 0 y tipo de alta Domicilio
<b>META:</b>	>30%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa con el cierre del CMBD del año 2024: 2 puntos si la medición es superior al 30% 1 punto si la medición está entre el 20 y el 30% 1 punto si la medición es superior al valor del año 2023 La puntuación máxima es 2 puntos

<b>OBJETIVO 3.4: POTENCIAR ESTRATEGIAS OFICINAS REGIONALES</b>	
<b>INDICADOR 30 : POTENCIACIÓN DE LAS DONACIONES</b>	
<b>INDICADOR 30A : DONANTES DE ÓRGANOS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Tasa donantes de órganos por 100.000 habitantes
<b>NUMERADOR:</b>	Número de donantes cadáver de órganos
<b>DENOMINADOR:</b>	Coeficiente de 100.000 habitantes
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Oficina regional de coordinación de trasplantes
<b>COMENTARIOS:</b>	En función de resultados de actividad de 2023
<b>META:</b>	Se establecen distintas metas según nivel de complejidad del hospital
<b>EVALUACIÓN:</b>	Si el centro alcanza más del 75% del indicador se aplica 50% del objetivo Si el centro alcanza el 100% del indicador se aplica el 100% del objetivo
<b>INDICADOR 30B : DONANTES DE TEJIDOS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Tasa de donación de tejidos
<b>NUMERADOR:</b>	Número de donantes de tejidos
<b>DENOMINADOR:</b>	Número de donantes de órganos y tejidos
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Oficina regional de coordinación de trasplantes
<b>COMENTARIOS:</b>	Al menos el 70% de los donantes de órganos deberían ser donantes de Tejidos
<b>META:</b>	70%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Si el centro alcanza menos del 50% se aplica 0 Si el centro alcanza mas del 50% se aplica el 50% del objetivo Si el centro alcanza el 70% se aplica el 100% del objetivo
<b>INDICADOR 31: PORCENTAJE DE PACIENTES CON RIESGO SUICIDA VALORADO EN LA URGENCIA HOSPITALARIA (ARSUIC)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	pacientes con riesgo suicida valorado en la urgencia hospitalaria (ARSUIC) con cita en CSM / Sº PSQ en los primeros 7 días tras la valoración
<b>NUMERADOR:</b>	Sumatorio de pacientes con riesgo suicida valorado en la urgencia hospitalaria (ARSUIC) en el periodo *100
<b>DENOMINADOR:</b>	Sumatorio de pacientes con cita en CSM-Sº PSQ en los primeros 7 días tras la valoración del riesgo
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registro ARSUIC-SALUD MENTAL-SICYT
<b>COMENTARIOS:</b>	

<b>META:</b>	Tendencia ascendente
<b>EVALUACIÓN:</b>	Comparativa del porcentaje entre el periodo evaluado y el mismo periodo del año anterior en que se tengan registros
<b>INDICADOR 32: DISPONIBILIDAD Y ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNA EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS (HOSPITALES CON EQUIPO)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	$\frac{\text{Nº primeras consultas con originadas en distintos servicios hospitalarios}}{\text{Nº total de primeras consultas}} \times 100 \text{ en el año}$
<b>NUMERADOR:</b>	Número de primeras consultas en Consulta ext. de Cuidados Paliativos cuyo origen de la petición sean otros servicios hospitalarios.
<b>DENOMINADOR:</b>	Número Total de primeras consultas
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sicyt. Registro propio.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Actualmente todos los hospitales que tienen equipos específicos de Cuidados Paliativos disponen de Consulta externa de CP. En estos hospitales es aplicable este indicador.</p> <p>En el numerador no se incluyen los pacientes citados por el propio equipo de cuidados paliativos tras la atención en otro dispositivo del hospital.</p>
<b>META:</b>	El objetivo final es este indicador sea igual o mayor al 90%
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>&lt;80% no puntúa</p> <p>80-90%: 80% de la puntuación</p> <p>90-100% :100% puntuación</p>
<b>INDICADOR 32 SEGURIDAD EN LAS TRANSICIONES A UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS (HOSPITALES SIN EQUIPO)</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	$\frac{\text{Nº formularios "Derivación Cuidados Paliativos Adulto" cumplimentados con el tratamiento actualizado}}{\text{Nº total de formularios "Derivación Cuidados Paliativos Adulto" realizados en el año}}$
<b>NUMERADOR:</b>	Nº Formularios "Derivación Cuidados Paliativos Adulto" cumplimentados en los que consta el tratamiento actualizado



<b>DENOMINADOR:</b>	<b>Nº total de formularios “Derivación Cuidados Paliativos Adulto” realizados para solicitud de ingreso en UCPME de pacientes ingresados en el hospital</b>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	<b>H Clínica Paliativa en la aplicación Infopal</b>
<b>COMENTARIOS:</b>	<p>Para realizar los ingresos en las Unidades de Cuidados Paliativos de los hospitales de Media Estancia es obligatorio cumplimentar y colgar en Infopal el formulario llamado “Derivación Cuidados Paliativos Adultos” que recoge la información necesaria para la transición del paciente entre equipos de Cuidados Paliativos. Dentro de los datos obligatorios se encuentra el tratamiento actualizado</p> <p>Este indicador se aplica a los siguientes hospitales: H. del Sureste, y H. del Tajo y H. del Henares, que actualmente no dispones de equipo específico de Cuidados Paliativos.</p> <p>Es muy importante que la cumplimentación sea completa para asegurar la continuidad del tratamiento y evitar riesgos en la seguridad del paciente por esta razón la meta debe ser elevada</p>
<b>META:</b>	<b>El total de los informes deben estar cumplimentados con el plan de tratamiento y cuidados actualizado en el momento de la solicitud</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<p>&lt;100% sin puntuación</p> <p>100% :100% puntuación</p>

### OBJETIVO 3.5: MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

#### INDICADOR 33A: PORCENTAJE DE ECONSULTAS RESULTAS EN MENOS DE 72 HORAS

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

#### INDICADOR 33B: PORCENTAJE DE PACIENTES CUYOS INFORME CLÍNICOS DE ALTA ESTÁN DISPONIBLES EN HORUS EN LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ALTA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Número de pacientes cuyo informe clínico de alta de hospitalización está disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100</li> <li>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</li> <li>Nº de pacientes cuyo informe clínico de alta de urgencias está disponible en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta*100</li> </ol>
<b>DENOMINADOR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nº de pacientes dados de alta de hospitalización</li> <li>Nº de pacientes dados de alta de hospitalización</li> <li>Nº de pacientes dados de alta de urgencias</li> </ol>
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	CMBD Hospitales. Unidad de Continuidad Asistencial.
<b>COMENTARIOS:</b>	El indicador se evaluará mensualmente. Se contabilizan sólo los informes de pacientes dados de alta con destino a domicilio o centro socio-sanitario.
<b>META:</b>	90%
<b>EVALUACIÓN:</b>	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.
<b>INDICADOR 34A: % DE VPE VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número VPE valoradas en los 10 primeros días tras su solicitud.
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de VPE solicitadas.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Unidad de Continuidad Asistencial
<b>COMENTARIOS:</b>	El indicador se evaluará mensualmente. No se contabilizan las VPE a las que el CAP asigna una cita en menos de 15 días ni aquellas en las que consta una demora voluntaria en la atención solicitada por el usuario.
<b>META:</b>	90%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se consigue la máxima puntuación con un cumplimiento del 90%. Si cumplimiento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado.
<b>INDICADOR 34B: % DE SM VALORADAS EN LOS PRIMEROS 10 DÍAS TRAS SU SOLICITUD</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Número SM valoradas en los 10 primeros días tras su solicitud.
<b>DENOMINADOR:</b>	Total de SM solicitadas.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Unidad de Continuidad Asistencial
<b>COMENTARIOS:</b>	El indicador se evaluará mensualmente. No se contabilizan las SM a las que el CAP asigna una cita en menos de 15 días ni aquellas en las que consta una demora voluntaria en la atención solicitada por el usuario.
<b>META:</b>	90%
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se consigue la máxima puntuación con un cumplimiento del 90%. Si cumplimiento <90% la puntuación se realizará en función del porcentaje alcanzado.

### OBJETIVO: 3.6 MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

#### INDICADOR 35: POTENCIAR EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO DE PERSONAS MAYORES

<b>FÓRMULA:</b>	% de pacientes $\geq 70$ años con un cribado de delirium durante las primeras 72 horas de ingreso hospitalario .
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes $\geq 70$ años con una valoración del delirium con la escala CAM o 4AT durante las primeras 72 horas del ingreso.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de Pacientes $\geq 70$ años ingresados.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Acción 1: Auto declarado por el centro sanitario Acción 2: Sistemas de información-Historia Clínica
<b>COMENTARIOS:</b>	Acción 1: Elaboración e implantación de un protocolo sobre prevención, detección e intervención del delirium en pacientes mayores de 70 años ingresados o revisión del protocolo existente implantado.  Acción 2: Mejoría en la valoración del riesgo de delirium tras el ingreso hospitalario de los pacientes $\geq 70$ años con la escala <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM) o la escala 4AT.
<b>META:</b>	Acción 1: Elaboración e implantación de un protocolo o revisión del previo  Acción 2: $\geq 50$ % pacientes $\geq 70$ años ingresados con cribado de delirium en las primeras 72 horas desde su ingreso.
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento de la acción 1: 50%. Si no se cumple: 0%  Cumplimiento de la acción 2: total 50% y parcial de manera decreciente en proporción al porcentaje.

### OBJETIVO 3.7: MEJORAR LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE MAYOR /INSTITUCIONALIZADO ATENDIDO EN URGENCIAS

#### INDICADOR 36: POTENCIAR LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL DELIRIUM EN LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

<b>FÓRMULA:</b>	% de pacientes $\geq 70$ años con una valoración del delirium con la escala 4AT realizada en el Servicio de Urgencias.
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes $\geq 70$ años con una valoración con la escala 4AT en el Servicio de Urgencias.
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de pacientes $\geq 70$ años atendidos por el servicio de urgencias en el periodo evaluado.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Acción 1: Auto declarado por el centro sanitario Acción 2: Sistemas de información-Historia Clínica
<b>COMENTARIOS:</b>	Acción 1: Elaboración de un protocolo sobre prevención, detección e intervención del delirium en pacientes mayores de 70 años en el servicio de Urgencias o revisión del protocolo existente implantado. Acción 2: Mejoría en la valoración del riesgo de delirium en el servicio de urgencias de los pacientes $\geq 70$ años con la escala 4AT.
<b>META:</b>	Acción 1: Elaboración o revisión (en caso de existir protocolo previo) del protocolo. Acción 2: $\geq 50$ % pacientes $\geq 70$ años en el servicio de urgencias valorados con escala 4AT.
<b>EVALUACIÓN:</b>	Cumplimiento de la acción 1: 50%. Si no se cumple: 0% Cumplimiento de la acción 2: total 50 y parcial de manera decreciente en proporción al porcentaje.

#### INDICADOR 37: PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS REEVALUADOS EN URGENCIAS DURANTE LAS 72 HORAS POSTERIORES AL ALTA DE DICHO SERVICIO

<b>FÓRMULA:</b>	% de pacientes institucionalizados atendidos en urgencias durante las 72 horas posteriores al alta de dicho servicio
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes mayores institucionalizados atendidos en urgencias durante las 72 horas posteriores al alta de dicho servicio
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº total de pacientes mayores institucionalizados valorados en urgencias
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Acción 1 y 2: Auto declarado por el centro sanitario Acción 3: Herramienta de gestión y planificación sanitaria del SERMAS

<p><b>COMENTARIOS:</b></p>	<p>Acción 1: Analizar los circuitos existentes de coordinación de alta de urgencias de pacientes mayores institucionalizados y profesionales implicados (urgencias, geriatría de enlace, continuidad asistencial, farmacia hospitalaria, residencias y atención primaria).</p> <p>Acción 2: Implementar un protocolo de coordinación de alta de urgencias de pacientes mayores institucionalizados por los profesionales hospitalarios implicados que incluya al menos las siguientes medidas:  descripción de contenidos mínimos de informe de alta de urgencias  comunicación del alta a los profesionales de la residencia  actualización y conciliación del tratamiento al alta en el módulo único de prescripción  planificación del seguimiento del paciente incluyendo pruebas pendientes y revisiones posteriores</p> <p>Acción 3: Mejorar la tasa de retorno a urgencias del paciente mayor institucionalizado durante las 72 horas posteriores al alta de dicho servicio.</p>
<p><b>META:</b></p>	<p>Acción 1 y 2: Realización de un análisis de los circuitos existentes de coordinación de alta de urgencias de pacientes mayores institucionalizados y elaboración de un protocolo específico.</p> <p>Acción 3: Descenso de la de la tasa de retorno a urgencias durante las 72 horas respecto al dato del 2023.</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p>	<p>Cumplimiento de la acción 1 y 2: 50%. Si no se cumple: 0%</p> <p>Cumplimiento de la acción 3: 50%. Si no se cumple: 0%</p>

### OBJETIVO 3.8: REDUCIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

#### INDICADOR 38: INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA ÓRGANO ESPACIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA OBLIGATORIA

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº de pacientes con ILQ órgano espacio por el procedimiento vigilado *100
<b>DENOMINADOR:</b>	Pacientes intervenidos de ese procedimiento en el periodo
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (VIRAS) de la Comunidad de Madrid
<b>COMENTARIOS:</b>	*Prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía de colon, y para aquellos hospitales con cirugía cardiaca el bypass aortocoronario con doble incisión y bypass aortocoronario con sólo incisión torácica Solo en caso que el número de intervenciones realizadas del procedimiento sea igual o superior a 50
<b>META:</b>	Tendencia descendente
<b>EVALUACIÓN:</b>	

#### INDICADOR 39: VIGILANCIA Y CONTROL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN HOSPITALES (SARM)

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

## OBJETIVO 3.9: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

### INDICADOR 40: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

<b>FÓRMULA</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial Y Seguridad del Paciente(SGCASP). Acción 3: CISEMadrid.
<b>COMENTARIOS</b>	<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"> <li>-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).</li> <li>- Realizar un mapa de riesgo en un área crítica seleccionada por la gerencia</li> <li>-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.</li> </ol> <p>Acción 3: Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).</p>
<b>META</b>	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: &gt;= 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"> <li>• Grupo 1: 175</li> <li>• Grupo 2: 250</li> <li>• Grupo 3: 300</li> <li>• Media estancia; Apoyo y Psq: 100</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
<b>INDICADOR 41: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS</b>	
<b>FÓRMULA</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones propuestas (4).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Acción 1: ENVIN-HELICS. Acción 2, 3 y 4: Autodeclarado. Validación por SGCASP.
<b>COMENTARIOS</b>	<p>Acciones propuestas:</p> <p>Acción 1. Consolidación de los proyectos Zero.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacteriemia Zero (BZ): disminuir densidad de incidencia de bacteriemia primaria por 1.000 días de catéter vascular central;</li> <li>• Neumonía Zero (NZ): disminuir densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1.000 días de ventilación mecánica;</li> <li>• ITU-Zero: disminuir densidad de incidencia de ITU relacionada con sonda uretral por 1.000 días de sonda uretral;</li> <li>• Resistencia Zero: disminuir pacientes con bacterias multirresistentes (BMR) durante el ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados.</li> </ul> <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 &gt;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>
<b>META</b>	<p>Acción 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BZ ≤ 2,5;</li> <li>- NZ ≤ 6;</li> <li>- BMR ≤ 5;</li> <li>- ITU_Zero ≤ 2,7</li> <li>- Formación: 85% de los residentes que pertenezcan o roten por las UCIS.</li> </ul> <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.</p> <p>Acción 3: &gt;=95%</p> <p>Acción 4: &gt;=95%</p>
<b>INDICADOR 42: PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR</b>	
<b>FÓRMULA</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones para la mejora de atención al dolor que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones propuestas (2).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Autodeclarado. Validación por SGCASP.
<b>COMENTARIOS</b>	<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"> <li>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.</li> <li>2. Revisar y difundir la Biblioteca breve de atención al dolor, incluyendo referencias y recursos del centro.</li> </ol>



## 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>
<b>META</b>	<p>Acción 1: &gt;=90%.</p> <p>Acción 2: 100% de actuaciones prioritarias realizadas.</p>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>

## OBJETIVO 3.10: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

### INDICADOR 43: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad

<b>FÓRMULA</b>	(Numerador/Denominador)*100
<b>NUMERADOR</b>	Nº de acciones para impulsar la gestión de la calidad que alcanzan la meta establecida.
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de acciones propuestas (3).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Autodeclarado. Validación por SGCASP.
<b>COMENTARIOS</b>	<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"> <li>• Alcance 1: emisiones emanadas directamente de establecimientos de salud</li> <li>• Alcance 2: emisiones indirectas provenientes de fuentes de energía comprada, electricidad, vapor, refrigeración y calefacción)</li> </ul> <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>
<b>META</b>	<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>
<b>EVALUACIÓN</b>	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 44: PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD

<b>FÓRMULA:</b>	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
<b>NUMERADOR:</b>	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
<b>DENOMINADOR:</b>	No aplica
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Autodeclarado en informe de evidencias
<b>COMENTARIOS:</b>	<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"> <li>- Análisis realizado de resultados en Salud.</li> <li>- Áreas de mejora detectadas en el análisis.</li> <li>- Desarrollo del proyecto puesto en marcha a partir de las áreas de mejora detectadas.</li> <li>- Evaluación de resultados del proyecto.</li> </ul>
<b>META:</b>	>= 2 proyectos
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evalúa con el cierre del año 2024: 1 punto por cada proyecto desarrollado. Puntuación máxima 2 puntos.

### OBJETIVO 4.2 ACTUALIZACION CÓDIGOS ASISTENCIALES

#### INDICADOR 45: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CÓDIGOS ASITENCIALES

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Adecuacion a las necesidades de registros de los códigos asistenciales: ICTUS, INFARTO, CRISIS GRAVE, TEP
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	Registros disponibles coordinación de códigos
<b>COMENTARIOS:</b>	Se potenciará el uso de los registros normalizados desde la coordinación de los códigos, pudiendo sufrir cambios a lo largo del periodo de evaluación
<b>META:</b>	SI/NO
<b>EVALUACIÓN:</b>	Se evaluara la adaptación continua de los centros a los registros disponibles.

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

#### INDICADOR 46: 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

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro.
<b>DENOMINADOR:</b>	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2024 aprobado para el centro.
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS:</b>	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación.
<b>META:</b>	≥ 95%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

#### INDICADOR 47: 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

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



	de Investigación, Docencia y Documentación, a través de la aplicación FOCO.
<b>COMENTARIOS:</b>	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia y Documentación
<b>META:</b>	≥ 25%
<b>EVALUACIÓN:</b>	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

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

#### INDICADOR 48: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON TITULACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

<b>FÓRMULA:</b>	
<b>NUMERADOR:</b>	Nº absoluto de proyectos activos durante 2024
<b>DENOMINADOR:</b>	Nº de PSFU en 2024 / 1000
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	DG de Investigación, Docencia y Documentación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<b>COMENTARIOS:</b>	<p><b>Proyecto activo:</b> Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente.</p> <p>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>
<b>META:</b>	<b>Igual o mayor al 85% del valor del indicador en 2023</b>
<b>EVALUACIÓN:</b>	<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"> <li>• Con un valor comprendido entre el 75 y el 84% del indicador en 2023 se asignará el 75% de la puntuación</li> <li>• Con un valor comprendido entre el 74 y el 50% del indicador en 2023 se asignará el 50% de la puntuación</li> <li>• Con un valor inferior al 50% del indicador en 2023 se asignará un 25% de la puntuación</li> </ul>
<b>INDICADOR 49: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos activos en 2024
<b>NUMERADOR:</b>	
<b>DENOMINADOR:</b>	
<b>FUENTE DE DATOS:</b>	DG de Investigación, Docencia y Documentación

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

---

## 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>.