

Contrato Programa con la Gerencia del CENTRO DE TRANSFUSIONES COMUNIDAD DE MADRID

2025

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO NORMATIVO	4
MARCO ESTRATÉGICO	5
CONDICIONES GENERALES	7
ANEXO I	12
1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS.....	14
2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS.....	23
3. MEJORA DE PROCESOS.....	30
4. INNOVACION Y DESARROLLO	42
ANEXO II	48
ANEXO III	49

INTRODUCCIÓN

En el ámbito del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los contratos programa (C.P.) se consolidan como instrumentos fundamentales para la gestión eficiente de los centros asistenciales públicos de la Comunidad de Madrid. Estos acuerdos, establecidos entre la Dirección General del SERMAS y las gerencias de los distintos centros, reflejan un compromiso mutuo para alcanzar objetivos anuales priorizados, alineados con las necesidades sanitarias de la población.

El C.P. se configura como una herramienta estratégica 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 esencial 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, relacionados de forma clara con el objetivo planteado; relevantes, evaluando acciones o procesos críticos; sencillos de interpretar; y útiles como herramienta para la mejora continua.

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, destacada 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 atención hospitalaria, 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.

Ratificado en 2025, este marco estratégico se articula en torno a cuatro perspectivas clave que abarcan la totalidad de las funciones y responsabilidades del SERMAS:

✓ **Perspectiva de Sostenibilidad y Gestión de los Recursos:**

En un entorno sanitario marcado por recursos finitos 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.

✓ **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.

✓ 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 estarán en continua evolución 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.

✓ 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 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:

- Sostenibilidad y Gestión de los Recursos.
- Orientación a las Personas.
- Mejora de Procesos.
- Innovación, Investigación y Formación.

CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados, en el ámbito hospitalario, para el bienio 2025-2026 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 2025 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.
- Incorporar de forma eficiente las nuevas tecnologías diagnósticas.
- 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 2025 consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos entre la Gerencia del Centro de transfusiones de la CM y la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud.

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

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

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

1. El Centro de transfusiones de la CM se compromete al cumplimiento de los objetivos asistenciales y de salud que, acordes a las características del mismo, han sido analizados previa y conjuntamente con los órganos directivos del Servicio Madrileño de Salud.

El centro dispondrá de una cartera de servicios, indicativa de la actividad a desarrollar, y que será ofertada a todos los ciudadanos susceptibles de ser atendidos por un centro de sus características.

Asimismo, el Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid se compromete a promover, planificar y coordinar la donación de sangre y aféresis basándose en el conocimiento profundo de las necesidades y con el objetivo de alcanzar la autosuficiencia, además de orientar su organización para conseguir la satisfacción de la demanda de hemocomponentes adecuado del Servicio Madrileño de la Salud.

2. Por parte del Servicio Madrileño de Salud se pondrán a disposición del Centro de transfusiones de la CM los recursos financieros necesarios para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del centro, conforme a la Ley de Presupuestos 2024.

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

Capítulo I	Gastos de Personal	10.668.061,00€
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	13.615.482,00€

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

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos, no estacionales, considerados a 1 de enero de 2025 en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales en vigor en dicha fecha.

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

La financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas, administrativas o retributivas en materia de personal que tengan repercusión económica en el presupuesto del Centro de transfusiones de la CM 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.

Asimismo, el Servicio Madrileño de Salud facilitará al Centro de transfusiones de la CM 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 Centro de transfusiones de la CM ante la Dirección General de Infraestructuras Sanitarias y serán aprobadas por el Servicio Madrileño de Salud en función de las disponibilidades presupuestarias del momento.

3. Respecto de la facturación y cobros del Centro de transfusiones de la CM se tendrá en cuenta tanto lo facturado por asistencia sanitaria de terceros obligados al pago como por prestación de servicios no sanitarios, del ejercicio actual con respecto al ejercicio anterior.
4. Se establece el compromiso mutuo de ambas partes de facilitar los medios posibles para hacer efectiva la evaluación del resultado de consecución de los objetivos que se incluyen en el presente contrato, así como de los objetivos incluidos en los acuerdos de gestión de las unidades y los individuales que se establezcan

Para dejar constancia del compromiso de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente contrato, las partes lo firman electrónicamente en Madrid, en la fecha que figura en la marca de la propia firma.

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

La Directora Gerente del Centro de
transfusiones de la CM

D^a Laura Gutiérrez Barreno

D^a Luisa María Barea García

ANEXO I

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR 25	PUNTUACIONES
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.	12
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	02 REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES A RRHH, EN TIEMPO Y FORMA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS	2
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	03 PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT	1
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	04 PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON SERVICIOS PRESTADOS PUBLICADOS SUPERIOR AL 95 %	1
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	05 PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DATOS REPS CUMPLIMENTADOS SUPERIOR AL 98 %	1
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	06 PORCENTAJE DE CONVOCATORIAS EN LA WEB COMUNIDAD.MADRID	1
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.2 MEJORAR DE LA GESTIÓN DE RRHH	07 PORCENTAJE DE INFORMES REMITIDOS EN PLAZO PARA LA FORMACIÓN DE EXPEDIENTES JUDICIALES A REMITIR A JUZGADOS Y TRIBUNALES	1
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	08 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. II	12
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.3 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA GESTIÓN ECONÓMICA	09 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO	1
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.4 MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LOS PRODUCTOS HEMODERIVADOS	10 PORCENTAJE DE DONACIONES RECHAZADAS POR RESULTADOS FALSAMENTE REACTIVOS.	3
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.4 MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LOS PRODUCTOS HEMODERIVADOS	11 CADUCIDAD DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES ≤1% EN EL 75% DE LOS HOSPITALES.	3
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.4 MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LOS PRODUCTOS HEMODERIVADOS	12 CADUCIDAD DE PLAQUETAS < DEL 10% EN EL 90% DE LOS HOSPITALES.	3
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.4 MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LOS PRODUCTOS HEMODERIVADOS	13 LITROS DE PLASMA PROCEDENTES DE AFÉRESIS REMITIDOS A LA INDUSTRIA FRACCIONADORA.	3
2 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	14 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA.	2,5
2 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	15 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL	2
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	16 PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE TRATO PERSONAL INADECUADO FRENTE AL AÑO ANTERIOR	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	17 PORCENTAJE DE RECLAMACIONES CERRADAS POR DEBAJO DE 30 DÍAS NATURALES	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	18 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS	3
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	19 IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	20 SESIONES SOBRE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD PARA PACIENTES	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.4 OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS.	21 % DE UNIDADES DE SANGRE TOTAL PROCESADAS EN CENTRO DE TRASFUSIÓN PROCEDENTES DE LA DONACIÓN DE HOSPITALES	4
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.4 OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS.	22 % DE RECUPERACIÓN "IN SITU" DE DONANTES INICIALMENTE RECHAZADOS POR HEMOGLOBINA CAPILAR BAJA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN EL HEMOGLOBINÓMETRO	3
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.4 OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS.	23 % DE PROCESOS DE AFÉRESIS FALLIDOS	2
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.4 OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS.	24 % GLOBAL DE UNIDADES DE PLASMA PROCEDENTES DE SANGRE TOTAL QUE RESULTAN RECHAZADAS	4
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS	2.4 OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS.	25 % GLOBAL DE UNIDADES DE SANGRE TOTAL CON VOLUMEN INSUFICIENTE	4

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR 25	PUNTUACIÓN25
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORA EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN	26 TASA DE DONANTES EXCLUIDOS TEMPORALMENTE QUE VUELVEN A DONAR UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE EXCLUSIÓN	4
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORA EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN	27 % DE PROCESOS DE AFÉRESIS MULTICOMPONENTE EN LOS QUE SE OBTIENE UNA UNIDAD DE PLASMA DE AL MENOS 500ML	4
03 MEJORA DE PROCESOS	3.2. MEJORA EN LOS PROCESOS DE COBERTURA DE DEMANDA	28 DÍAS DEL AÑO CON ROTURA DE STOCK DE SEGURIDAD DE COMPONENTES HEMÁTICOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIO.	5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.2. MEJORA EN LOS PROCESOS DE COBERTURA DE DEMANDA	29 % DE EVOLUCIÓN DEL PANEL DE DONANTES AMPLIAMENTE GENOTIPADOS	4
03 MEJORA DE PROCESOS	3.4. AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	30 % DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.4. AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	31 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	1,5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.5. CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.	32 % ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	1,5
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.1 PROMOVER LA PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN INDICADORES Y DATOS DE SALUD	33 DESARROLLO DE PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	1
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.2 ACTUALIZACIÓN CÓDIGOS ASISTENCIALES	34 CALIDAD DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES	1
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.3 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES	35 % DE ACTIVIDADES FORMATIVAS DESARROLLADAS EN FORMATO NO PRESENCIAL (AULAS VIRTUALES, VIDEOCONFERENCIAS, CURSOS FORMATO ONLINE Y ACTIVIDADES MIXTAS), RESPECTO AL TOTAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, EN EL CENTRO	1,5
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.3 IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES	36 % DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, GESTIONADO POR DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL CENTRO	1,5
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	37 NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	1,5
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	38 NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	1,5

FICHAS INDICADORES

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS

OBJETIVO 1.1: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO I	
INDICADOR 1: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA CAPÍTULO I	
FÓRMULA:	Gasto computable en Cap. I, a efectos del CP 2025/ objetivo presupuestario de gasto en Cap. I asignado en CP 2025
NUMERADOR:	Gasto computable en Cap. I, a efectos del Contrato Programa 2025
DENOMINADOR:	Objetivo presupuestario de gasto en Capítulo I asignado en el Contrato Programa de 2025
FUENTE DE DATOS:	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
COMENTARIOS:	A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: gasto por lista de espera (hasta el límite asignado en el Contrato Programa), asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc...
META:	Resultado igual o inferior a 1 (100 %)
EVALUACIÓN:	La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales asignando una puntuación del 100 % del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100 %. Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100 %. 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

OBJETIVO 1.2: MEJORAR LA GESTIÓN DE RR.HH.	
INDICADOR 2: REMISIÓN DE LOS DISTINTOS INFORMES, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS, EN TIEMPO Y FORMA	
FÓRMULA:	Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses
NUMERADOR:	
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR.
COMENTARIOS:	ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGRM y remitir la información antes del día 28 de cada mes. ACCION 2: Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes. ACCION 3: Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes. ACCION 4: Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes. 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.
META:	100%
EVALUACIÓN:	Para cada una de las acciones será: - Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo. - Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.

INDICADOR 3: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT	
FÓRMULA:	$\% \text{ de sustitución de ausencia por IT del centro} / ((\% \text{ de sustitución del grupo del hospitales del ejercicio 2023}) * 0,95)$
NUMERADOR:	Porcentaje de sustitución de ausencias por IT del centro
DENOMINADOR:	El 95 % del porcentaje de sustitución de ausencias por IT del grupo de hospitales del ejercicio 2024
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES
COMENTARIOS:	Los datos de absentismo y sustitución de ausencias se recogen en 9 grupos profesionales. En la fórmula de evaluación se utilizará, tanto en el numerador como en el denominador, una media ponderada de los datos de las 9 agrupaciones profesionales.
META:	Menor o igual a 1.
EVALUACIÓN:	Menor o igual 1: 1 punto Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5 Valores superiores a 1,5: 0 puntos

INDICADOR 4: REVISIÓN DE DATOS DE SERVICIOS PRESTADOS DE LOS PROFESIONALES

FÓRMULA:	% de profesionales con SSPP revisados y publicados en la Base de Datos de SSPP respecto al Total de profesionales del centro
NUMERADOR:	Nº de profesionales con SSPP revisados y publicados en la BD de SSPP
DENOMINADOR:	Total de profesionales del centro
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES
COMENTARIOS:	La Base de Datos de SSPP es el repositorio que recoge la experiencia profesional de todo el Sermas. Se calcula partiendo de los datos recogidos en los Sistemas de Gestión de RRHH y se modifica incorporando paulatinamente los movimientos del personal. Cada centro revisa y corrige, a través de la aplicación Peoplenet, la información calculada y cuando todo es correcto marca al profesional como "publicado". Cuando tras una modificación de contrato o de situación la información de SSPP cambia, el centro debe revisar los cambios y volver a publicar al profesional. Se trata de mantener la Base de datos revisada.
META:	Mayor o igual al 90%
EVALUACIÓN:	Se verificará la situación al final de cada trimestre de manera que: • Se mantenga el % mayor o igual al 90%, en 2 trimestres o más --> 1 punto • Otra situación --> 0 puntos

INDICADOR 5: REMISIÓN DE DATOS AL REPS (Registro Estatal de Profesionales Sanitarios)

FÓRMULA:	% de profesionales registrados en REPS respecto al Total de profesionales sanitarios del centro
NUMERADOR:	Nº de profesionales registrados en REPS
DENOMINADOR:	Total de profesionales sanitarios del centro
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES
COMENTARIOS:	Una vez todos los profesionales sanitarios de centros Peoplenet o eMind, quede correctamente remitida al REPS, es necesario mantener la información actualizada para que las nuevas incorporaciones se vayan registrando también. Para ello es necesario registrar en Peoplenet la titulación de los profesionales sanitarios que se van incorporando y asegurarse de que la información se remite correctamente al REPS y el profesional queda registrado. Este objetivo para los centros con sistema de gestión Sirius (Centro de Transfusión, H. Doctor Rodríguez Lafora, H. El Escorial, H. G. U. Gregorio Marañón, H. Guadarrama, H. U. Jose Germain, H. Virgen de la Poveda), aplicará en función de la rapidez y calidad de la respuesta recibida a cuantos requerimientos haya desde la DG de este tipo de información.
META:	Mayor o igual al 95%
EVALUACIÓN:	Se verificará la situación al final de cada trimestre de manera que: • Se mantenga el % mayor o igual al 95%, durante todo el año --> 1 punto • Otra situación --> 0 puntos

INDICADOR 6: % DE CONVOCATORIAS EN LA WEB COMUNIDAD.MADRID

FÓRMULA:	% DE CONVOCATORIAS PUBLICITADAS ENTRE LAS CONVOCADAS
NUMERADOR:	CONVOCATORIAS PUBLICADAS *100
DENOMINADOR:	TOTAL DE CONVOCATORIAS EFECTUADAS
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES. UNIDAD DE BOLSA
COMENTARIOS:	El objetivo es conseguir que los centros publiquen en la web para dar mayor información y visibilidad a las ofertas de trabajo al personal facultativo, notificándolo a la Dirección General
META:	100%
EVALUACIÓN:	100%: 1 punto 75% a 100%: 0,7 puntos 50% a 75%: 0,5 puntos 50% a 0: 0 puntos

INDICADOR 7: % DE INFORMES REMITIDOS EN PLAZO PARA LA FORMACIÓN DE EXPEDIENTES JUDICIALES A REMITIR A JUZGADOS Y TRIBUNALES

FÓRMULA:	Número de informes remitidos en plazo/Número de informes requeridos
NUMERADOR:	Número de informes remitidos en plazo
DENOMINADOR:	Número de informes requeridos por el Área de Recursos y Actuaciones Jurídicas de la S.G. de Relaciones Laborales
FUENTE DE DATOS:	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES.
COMENTARIOS:	Los Juzgados y Tribunales requieren la remisión del correspondiente expediente judicial con una antelación mínima de 15 días hábiles anteriores a la vista. Para la formación del expediente judicial se requiere a los centros la remisión de un informe a demanda con antelación suficiente para el cumplimiento de dicho plazo.
META:	Igual a 1
EVALUACIÓN:	Igual 1: 1 punto. Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5 Valores superiores a 1,5: 0 puntos

OBJETIVO 1.3: CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE CAPÍTULO II	
INDICADOR 8: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAPÍTULO II	
FÓRMULA:	Gasto real ajustado 2025/Gasto real Ajustado 2024
NUMERADOR:	Gasto Real ajustado 2025
DENOMINADOR:	Gasto real Ajustado 2024
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
COMENTARIOS:	El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2025 y previa aprobación de la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras.
META:	1,05
EVALUACIÓN:	1'05 o menos = cumplimiento 100% Por encima de 1,05 el cumplimiento es 0.
INDICADOR 9: CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE FACTURACIÓN PREVISTA PARA EL CENTRO	
FÓRMULA:	Facturación a terceros 2025/Facturación a terceros 2024
NUMERADOR:	Facturación a terceros del centro realizada en 2025
DENOMINADOR:	Facturación a terceros del centro realizada en 2024
FUENTE DE DATOS:	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia.
COMENTARIOS:	La facturación a terceros está referida tanto a la realizada por asistencia sanitaria como no sanitaria. Aquellos Hospitales que no tengan datos de facturación, este punto será sumado al Indicador del cumplimiento del objetivo de gasto de capítulo II (Hospital de la Fuenfría, Hospital Virgen de la Poveda, Hospital de Guadarrama y Hospital Rodríguez Lafora y Hospital José Germain).
META:	1
EVALUACIÓN:	Por debajo de 0,8 cumplimiento = 0 Entre 0,8 y 1, proporcionalmente Por encima de 1 cumplimiento = 100%

OBJETIVO 1.4: MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LOS PRODUCTOS HEMODERIVADOS

INDICADOR 10: PORCENTAJE DE DONACIONES RECHAZADAS POR RESULTADOS FALSAMENTE REACTIVOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de Donaciones rechazadas por resultado reactivo en los análisis de cribado serológico de enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión, resultando negativa la prueba de confirmación * 100
DENOMINADOR:	Donaciones totales
FUENTE DE DATOS:	Listados e-Progesa área de laboratorio
COMENTARIOS:	Frecuencia: Seguimiento mensual. Valoración final anual. Donaciones incluye donaciones de sangre total y de aféresis. Como resultados falsos positivos se contabilizan todos de los que disponemos de una prueba complementaria/confirmatoria, es decir HBsAg, Ac-VHC, Ac-VIH, PCR-VHB/VHC/VIH, Ac-Sífilis, Ac-Chagas y Ac-HTLV.
META:	< 0.5 %
EVALUACIÓN:	Menos de 0,5% = cumplimiento 100% Entre el 0,5 y el 0,66% = cumplimiento del 75% Entre el 0,75-1% = cumplimiento del 50% Entre 1,1 y 2% = cumplimiento del 25%

INDICADOR 11: CADUCIDAD DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES ≤1% EN EL 75% DE LOS HOSPITALES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Unidades terapéuticas de plaquetas caducadas * 100
DENOMINADOR:	Unidades terapéuticas de plaquetas transfundidas
FUENTE DE DATOS:	Informes de transfusión y caducidad remitidos por los hospitales, y registro de los mismos
COMENTARIOS:	El informe es remitido por los diferentes hospitales de forma mensual
META:	Promedio Global de caducidad en hospitales <6% y además caducidad <del 10% en el 90% o más de los hospitales
EVALUACIÓN:	Caducidad Promedio < 6% y caducidad < 10% en al menos el 90% de los hospitales = cumplimiento del 100% Caducidad Promedio 6-8% = cumplimiento del 75% Caducidad Promedio 8-10% = cumplimiento del 25%

INDICADOR 12: CADUCIDAD DE PLAQUETAS < DEL 10% EN EL 90% DE LOS HOSPITALES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Concentrado de hematíes caducados * 100
DENOMINADOR:	Concentrado de hematíes transfundidos
FUENTE DE DATOS:	Informes de transfusión y caducidad remitidos por los hospitales y registro de los mismos
COMENTARIOS:	El informe es remitido por los diferentes hospitales de forma mensual
META:	Caducidad promedio < 0,6% y caducidad < 1% en el 75% de los hospitales
EVALUACIÓN:	Caducidad promedio < 0,6% y caducidad < 1% en el 75% de los hospitales = cumplimiento del 100% Caducidad promedio 0,6-0,8% = cumplimiento del 75% Caducidad promedio 0,8-1% = Cumplimiento del 50%

INDICADOR 13: LITROS DE PLASMA PROCEDENTES DE AFÉRESIS REMITIDOS A LA INDUSTRIA FRACCIONADORA.

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Litros de plasma procedentes de aféresis remitidos a la industria fraccionadora en 2025 - litros de plasma procedentes de aféresis remitidos a la industria fraccionadora en 2025
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Informes propios
COMENTARIOS:	
META:	Incremento anual mayor o igual a 1.800 l
EVALUACIÓN:	Cumplido= 100% del valor No cumplido= Ponderación según volumen alcanzado.

2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.	
INDICADOR 14: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida.	
FÓRMULA	$(\text{Numerador/Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones de calidad percibida-que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas
FUENTE DE DATOS	Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP).
COMENTARIOS	Líneas de actuación de la Comisión de Calidad para mejorar la calidad percibida, siendo prioritarias: - Desarrollo de al menos 2 acciones de mejora derivadas de las necesidades identificadas en 2024 a través de encuestas propias de satisfacción. - Identificar las necesidades de los pacientes o de los centros receptores a través de técnicas cuantitativas (encuestas) y/o cualitativas (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, observación participante, etc.)
META	3 líneas de actuación de la Comisión de Calidad incluyendo las prioritarias
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si realizadas las 3 líneas de actuación. Incluyendo las prioritarias.

OBJETIVO 2.2 : MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
INDICADOR 15: Porcentaje de acciones desarrolladas de Bioética Asistencial y Derecho Sanitario	
FÓRMULA:	Porcentaje de acciones que alcanzan la meta establecida
NUMERADOR:	Acción 1 +Acción 2 + Acción 3
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado por el centro y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
COMENTARIOS:	Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: Asignación de un referente de Revisión, adecuación y registro de los Documentos de Información y Consentimiento Informado en el centro Acción 2: Disminuir la demora para asignar la cita para el otorgamiento de IIPP Acción 3: Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS
META:	Acción 1: Remisión de la designación del Referente de Revisión, adecuación y registro de los Documentos de Información y Consentimiento Informado en el centro Acción 2: Conseguir que el 70% de las citas para tramitar IIPP se asignen con una demora menor de un mes Acción 3: Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 50 % + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 20%)

INDICADOR 16: Índice de reclamaciones Totales	
FÓRMULA:	ÍNDICE DE RECLAMACIONES TOTALES EN 2025 - ÍNDICE DE RECLAMACIONES TOTALES EN 2024
MINUENDO	Nº de reclamaciones TOTALES 2025/ Nº de actos asistenciales 2025 * 10.000.
SUSTRAENDO:	Nº de reclamaciones TOTALES 2024/ Nº de actos asistenciales 2025 * 10.000
FUENTE DE DATOS:	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS:	Este grupo de hospitales, al tener muchas menos reclamaciones, no pueden incluirse en los anteriores objetivos. Por ello, se ha establecido un objetivo de reducción total de las reclamaciones, a través del índice de reclamaciones, para evitar desajustes por un aumento de la actividad asistencial.
META:	Tendencia descendente del índice respecto al año anterior. Valor negativo de la diferencia.
EVALUACIÓN:	0,5 puntos

INDICADOR 17: porcentaje de reclamaciones cerradas por debajo de 30 DÍAS NATURALES	
FÓRMULA:	Número de reclamaciones cerradas 2025 en menos de 30 DÍAS NATURALES * 100 / Número de reclamaciones cerradas 2025.
DIVIDENDO	Número de reclamaciones cerradas 2025 en menos de 30 DÍAS NATURALES * 100
DIVISOR	Número de reclamaciones cerradas 2025.
FUENTE DE DATOS:	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS:	Tal y como indica el artículo 5 de la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, todas las reclamaciones deben ser contestadas en el plazo de 30 días hábiles desde la fecha en que fue interpuesta. Con el presente indicador, se pretende incentivar, a aquellos centros que incorporan una mejora en el tiempo de respuesta, que redunde en una mejora de la calidad percibida por el ciudadano al tener la contestación a su reclamación en el menor tiempo posible.
META:	75% de las reclamaciones cerradas en 30 DÍAS NATURALES
EVALUACIÓN:	0,5 puntos
META:	Tendencia descendente del índice respecto al año anterior. Valor negativo de la diferencia.

OBJETIVO 2.3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA (2025) HOSPITALES	
INDICADOR 18: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la estrategia de humanización en los centros	
FÓRMULA:	PORCENTAJE DE ACCIONES CUMPLIMENTADAS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS
NUMERADOR:	ACCIÓN 1 + ACCIÓN 2 + ACCIÓN 3 + ACCIÓN 4
DENOMINADOR:	Nº total de acciones propuestas
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado por el centro y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
COMENTARIOS:	Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: cumplimentación del formulario del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2025 Acción 2: Registro y remisión de evidencias a través del formulario SER+HUMANO 2025 Acción 3: Registro y remisión del informe de desarrollo de las Rondas de Humanización. Acción 4: Constitución de comité / grupo de trabajo de sujeciones en el centro de acuerdo a las recomendaciones de la SGHBIAP.
META:	Actividad 1: cumplimentación del formulario SER+Humano 2025 Actividad 2: Cumplimentación de las columnas "Evidencias en el centro" del formulario SER+Humano 2025 Actividad 3: Remisión de los informes de tres rondas de humanización Actividad 4: remisión del acta de constitución del comité/grupo de trabajo
EVALUACIÓN:	100% (Actividad 1: 25% + Actividad 2: 25% + Actividad 3: 25%+ Actividad 4: 25%+)
INDICADOR 19: Implementación de recomendaciones de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en los informes de alta de enfermería	
FÓRMULA:	Inclusión de recursos de la Escuela Madrileña de Salud en el informe de alta de enfermería
NUMERADOR:	Nº de informes de alta de Enfermería con recomendación EMS en el periodo de estudio
DENOMINADOR:	Nº total de informes de alta de Enfermería en el periodo de estudio
FUENTE DE DATOS:	Sistema de información Historia Clínica del hospital/SUMMA112
COMENTARIOS:	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: (https://escueladesalud.comunidad.madrid/). 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. El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía
META:	> 70%
EVALUACIÓN:	Se realizará muestreo centralizado de informes de alta de enfermería
INDICADOR 20: Sesiones sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes	
FÓRMULA:	Realización de sesiones con profesionales sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud
NUMERADOR:	Nº de sesiones organizadas por el centro sanitario destinadas a profesionales para informar sobre los recursos disponibles de la Escuela Madrileña de Salud
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado
COMENTARIOS:	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: (https://escueladesalud.comunidad.madrid/). 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. El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía.
META:	Al menos 2 al año
EVALUACIÓN:	Acta de la A1:B29s reuniones

OBJETIVO 2.4: OPTIMIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS OFERTADOS

INDICADOR 21: PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE TOTAL PROCESADAS EN CENTRO DE TRASFUSIÓN PROCEDENTES DE LA DONACIÓN DE HOSPITALES

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de Unidades de Sangre total recolectadas en las unidades hospitalarias de donación * 100
DENOMINADOR:	Total de unidades de sangre recolectadas en los distintos puntos hospitalarios+ móviles + Centro de Transfusión
FUENTE DE DATOS:	Estadística de donantes y donaciones de e-Progesa
COMENTARIOS:	
META:	≥ 45%
EVALUACIÓN:	≥ 45% = Cumplimiento del 100% 34% - 45% = Cumplimiento del 75% 22,5% - 34% = cumplimiento del 25%

INDICADOR 22: % DE RECUPERACIÓN "IN SITU" DE DONANTES INICIALMENTE RECHAZADOS POR HEMOGLOBINA CAPILAR BAJA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN EL HEMOGLOBINÓMETRO

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de donantes con Hbc baja que acceden a realizarse una toma de sangre venosa que analizada en el hemoglobinómetro presenta un adecuado nivel de Hb permitiendo que el donante done*100
DENOMINADOR:	Nº total de donante rechazados inicialmente por Hbc baja
FUENTE DE DATOS:	Cuadro de mandos del proceso de donación
COMENTARIOS:	
META:	Reducción superior al 10%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

INDICADOR 23: % DE PROCESOS DE AFÉRESIS FALLIDOS

NUMERADOR:	Nº procesos de aféresis interrumpidos antes de su finalización*100
DENOMINADOR:	Nº total de procesos de aféresis
FUENTE DE DATOS:	Cuadro de mandos del proceso de aféresis
COMENTARIOS:	
META:	menor de 5%

EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual
INDICADOR 24: % GLOBAL DE UNIDADES DE PLASMA PROCEDENTES DE SANGRE TOTAL QUE RESULTAN RECHAZADAS	
NUMERADOR:	Unidades de plasma procedentes de sangre total que resulten rechazadas *100l
DENOMINADOR:	Unidades de plasma procedentes de sangre total
FUENTE DE DATOS:	Registro propio del CRTCM
COMENTARIOS:	
META:	≤3,5%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual
INDICADOR 25: % GLOBAL DE UNIDADES DE SANGRE TOTAL CON VOLUMEN INSUFICIENTE	
NUMERADOR:	Unidades de sangre total
DENOMINADOR:	Unidades de sangre total
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	<2% en ≥50% de las unidades de donación
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

3. MEJORA DE PROCESOS

OBJETIVO 3.1: MEJORA EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN

INDICADOR 26: TASA DE DONANTES EXCLUIDOS TEMPORALMENTE QUE VUELVEN A DONAR UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE EXCLUSIÓN

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Donantes excluidos en el transcurso del año previo que desde la fecha fin de su exclusión al momento de la medición han vuelto a donar *100 (global y en función de las donaciones previas al momento de la exclusión)
DENOMINADOR:	Total de donantes excluidos en el año previo
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	Mayor del 50%
EVALUACIÓN:	Trimestral, semestral y anual

INDICADOR 27: % DE PROCESOS DE AFÉRESIS MULTICOMPONENTE EN LOS QUE SE OBTIENE UNA UNIDAD DE PLASMA DE AL MENOS 500ML

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de procesos de aféresis multicomponente en los que se obtiene una unidad de plasma de al menos 500mL*100
DENOMINADOR:	Nº total de procesos de aféresis multicomponente
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	Mayor del 90%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

OBJETIVO 3.2. MEJORA EN LOS PROCESOS DE COBERTURA DE DEMANDA

INDICADOR 28: DÍAS DEL AÑO CON ROTURA DE STOCK DE SEGURIDAD DE COMPONENTES HEMÁTICOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de días en los que el stock de componentes sanguíneos se encuentra por debajo del stock de emergencia, calculado según el procedimiento PO.DIS.01 durante el periodo de estudio
DENOMINADOR:	
FUENTE DE DATOS:	Balance diario de componentes sanguíneos realizado en Área de Fraccionamiento y Distribución
COMENTARIOS:	El stock de emergencia para cada uno de los componentes sanguíneos es el siguiente: - Concentrados de hematíes (1.250 unidades totales) - Unidades terapéuticas de plaquetas (100 unidades totales) - Plasma (100 unidades de grupo AB y 800 unidades totales)
META:	0
EVALUACIÓN:	0 días = Cumplimiento del 100% Por cada día de rotura de stock se considerará un decremento en el cumplimiento del objetivo del 5%

INDICADOR 29: % DE EVOLUCIÓN DEL PANEL DE DONANTES AMPLIAMENTE GENOTIPADOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de donantes genotipados*100
DENOMINADOR:	nº total de donantes a tipificar en el periodo de análisis
FUENTE DE DATOS:	
COMENTARIOS:	
META:	100%
EVALUACIÓN:	Mensual, semestral y anual

OBJETIVO3.4 : AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	
INDICADOR 30: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (2).
FUENTE DE DATOS	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP).
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Realización de rondas de seguridad de acuerdo a la metodología facilitada por la SGCASP. 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), que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Acción 2: Objetivos de seguridad propios del centro, siendo prioritarios. 1.- Realizar un mapa de riesgo en un área crítica seleccionada por la gerencia. 2.- Desarrollar al menos una actuación para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias. 3. – Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y promover su realización para todos los profesionales pertenecientes a las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
META	Acción 1: 3 rondas de seguridad Acción 2: 4 objetivos incluyendo los prioritarios.
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
INDICADOR 31: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	
FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar prácticas seguras que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (2).
FUENTE DE DATOS	Auto-declarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1. Mejora de la higiene de manos a través de la realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS y la disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención >95% Acción 2. Establecer acciones de mejora (recomendaciones de seguridad) tras el análisis de los incidentes comunicados (donación, transfusión y preparación de componentes).
META	Acción 1: Realización de la autoevaluación alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio (consolidación). PBA punto de atención >95% Acción 2: Al menos 3 acciones de mejora
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

OBJETIVO 3.5: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

INDICADOR 32: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad

FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar la gestión de la calidad que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCASP.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Realizar autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Tener implantado Sistema de Gestión Ambiental (SGA) o certificado UNE EN ISO 14001:2015; Realizar la medición de la huella de carbono, abordando los alcances 1, 2 y 3. Y, realizar una acción de mejora en descarbonización en relación con la medición de la huella de carbono en dichos alcances. Acción 3: Cumplimentar el cuestionario de Responsabilidad Social (RS) y desarrollar 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación cuestionario 2024.
META	Acción 1: Realizada autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Tener implantado el SGA (70%), medición de la huella de carbono (20%) y una acción de mejora en descarbonización (10%) Acción 3: Cumplimentar cuestionario de RS (50%) y desarrollo de 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación del cuestionario 2024 (50%)
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

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

INDICADOR 33: PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN/ADECUACIÓN/NORMALIZACIÓN

FÓRMULA:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
NUMERADOR:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
DENOMINADOR:	No aplica
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado en informe de evidencias
COMENTARIOS:	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. Se debe enviar un informe a la Dirección General Asistencial donde se especifique para cada proyecto: - Análisis realizado de resultados en Salud. - Áreas de mEjora detectadas en el análisis. - Desarrollo del proyecto puesto en marcha a partir de las áreas de mejora detectadas. - Evaluación de resultados del proyecto.
META:	>= 2 proyectos
EVALUACIÓN:	

OBJETIVO 4.2 ACTUALIZACION REGISTROS ASISTENCIALES

INDICADOR 34: CALIDAD DE LOS REGISTROS ASITENCIALES

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

OBJETIVO 4.3: IMPULSAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POTENCIAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN FORMATO VIRTUAL, DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES

INDICADOR 35: Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el plan de formación continuada 2025 (gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación) del centro

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para el centro.
DENOMINADOR:	Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para el centro.
FUENTE DE DATOS:	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia e Innovación, a través de la aplicación FOCO.
COMENTARIOS:	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación.
META:	≥ 95%
EVALUACIÓN:	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

Indicador 36: 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 2025 (aprobado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación) del centro hospitalario

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Nº de actividades desarrolladas en formato no presencial (aulas virtuales, videoconferencias, cursos formato online y actividades mixtas) con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para el centro Hospitalario.
DENOMINADOR:	Nº total de actividades desarrolladas con financiación dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para el centro Hospitalario /Gerencia Asistencial de Atención Primaria /Gerencia Asistencial
FUENTE DE DATOS:	La fuente de datos para el seguimiento son los datos del centro hospitalario, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia e Innovación, a través de la aplicación FOCO.
COMENTARIOS:	La referencia son las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación
META:	≥ 25%
EVALUACIÓN:	ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses)

OBJETIVO 4.4: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

INDICADOR 37: NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	(Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2025) – (Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2024)
DENOMINADOR:	Nº absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2024
FUENTE DE DATOS:	DG de Investigación, Docencia e Innovación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
COMENTARIOS:	Investigadores con participación en proyectos: Profesionales con vinculación funcional, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan: (a) como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien (b) como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado, gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma. Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria. El indicador se corresponde con el denominado "Investigadores con participación en proyectos" del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS.
META:	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%
EVALUACIÓN:	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. Con decremento entre 15 y 25 % se asignará el 75% de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50% de la puntuación Con decremento superior al 50 % se asignará el 25% de la puntuación Si en el año evaluado el valor autodeclarado de investigadores en proyectos activos es 0 se asignará siempre el 25% de la puntuación.

INDICADOR 38: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	$\left(\text{N}^{\circ} \text{ absoluto de proyectos activos durante 2025} * 1000 / \text{N}^{\circ} \text{ de PSFU en 2025} \right) - \left(\text{N}^{\circ} \text{ absoluto de proyectos activos en 2024} * 1000 / \text{N}^{\circ} \text{ de PSFU en 2024} \right)$
DENOMINADOR:	$\left(\text{N}^{\circ} \text{ absoluto de proyectos activos en 2024} * 1000 / \text{N}^{\circ} \text{ de PSFU en 2024} \right)$
FUENTE DE DATOS:	DG de Investigación, Docencia e Innovación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
COMENTARIOS:	Proyecto activo: Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente. No se incluyen los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado. El indicador se corresponde con el denominado "Proyectos activos" dentro del epígrafe "Proyectos de Investigación" del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS.
META:	Tendencia estable o ascendente Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%
EVALUACIÓN:	El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. Con decremento entre 15 y 25 % se asignará el 75% de la puntuación Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50% de la puntuación Con decremento superior al 50 % se asignará el 25% de la puntuación Si en el año evaluado el valor autodeclarado de proyectos es 0 se asignará siempre el 25% de la puntuación.

ANEXO II

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

- Total de efectivos

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

ANEXO III

La vinculación del porcentaje de cumplimiento del equipo directivo al cumplimiento de objetivos presupuestarios estratégicos constituye un mecanismo esencial para alinear la gestión con la sostenibilidad institucional. Este anexo establece la estructura de ponderación que asocia la productividad variable a dos pilares fundamentales: el **control del gasto de personal (Capítulo I)** y la **gestión de bienes y servicios corrientes (Capítulo II)**.

El equipo directivo ostenta capacidad decisoria sobre la asignación de recursos, contratación de personal y definición de prioridades de gasto. Su ámbito de responsabilidad trasciende lo operativo para abarcar la optimización global de recursos, donde el Capítulo I (gasto de personal) representa hasta el 60% del presupuesto sanitario, y el Capítulo II (bienes y servicios) incide directamente en la eficiencia operativa. Esta doble dimensión justifica que su porcentaje de cumplimiento refleje su impacto en estas áreas críticas, a diferencia del personal asistencial o administrativo, cuyos porcentajes se vinculan a objetivos funcionales.

La ponderación propuesta evita trasladar al equipo directivo penalizaciones por factores externos o ajenos a su esfera de control (ej. fluctuaciones de demanda asistencial), focalizándose en variables directamente influenciadas por sus decisiones. Simultáneamente, preserva la equidad al no exigir al resto de trabajadores responsabilidades presupuestarias que exceden sus competencias, reforzando así un modelo de incentivos coherente con la jerarquía de responsabilidades.

➤ **Asignación de pesos**

- **Cumplimiento presupuestario en Gastos de Personal (Capítulo I): 60%**
- **Cumplimiento presupuestario en Gastos Corrientes en Bienes y Servicios (Capítulo II): 40%**

Esta ponderación refleja la importancia estratégica y el peso relativo de cada capítulo en la gestión hospitalaria, siendo el gasto de personal habitualmente el principal componente del presupuesto sanitario.

➤ **Cálculo del porcentaje de cumplimiento ponderado**

$$\text{Cumplimiento Ponderado} = (C_1 \times 0,6) + (C_2 \times 0,4)$$

- C_1 : % de cumplimiento presupuestario en Gastos de Personal (Capítulo I)
- C_2 : % de cumplimiento presupuestario en Gastos en Bienes y Servicios Corrientes (Capítulo II)

➤ **Adecuación sobre el porcentaje de cumplimiento del equipo directivo**

Se establece una escala de adecuación progresiva en función del cumplimiento ponderado:

Cumplimiento Ponderado	Adecuación
100% - 95%	0%
94% - 90%	25% del % no alcanzado
89% - 85%	50% del % no alcanzado
< 85%	75% del % no alcanzado

➤ **Fórmula general de Cálculo de Porcentaje de cumplimiento final para directivos**

Porcentaje de cumplimiento final para equipo directivo

$$\text{Valor de cumplimiento general} - (\text{Valor de cumplimiento general} \times \text{adecuación})$$

Donde la adecuación se calcula como el porcentaje de incumplimiento multiplicado por el coeficiente correspondiente según el tramo de cumplimiento.

Ejemplo de aplicación:

- Cumplimiento General: 85%
- Cumplimiento en Capítulo I: 92%
- Cumplimiento en Capítulo II: 96%
- Cumplimiento Ponderado: $(92 \times 0,6) + (96 \times 0,4) = 94,4\%$
- Porcentaje de incumplimiento: $100\% - 94,4\% = -5,6\%$
- Adecuación: $25\% \text{ de } 5,6\% = 1,4\%$
- Porcentaje de cumplimiento final para equipo directivo: $85 - (85 * (1,14/100)) = 83,81$

5. Cláusulas de excepcionalidad

- **Bonificación por superación:** +2% productividad por tener el mejor porcentaje de cumplimiento de su grupo. En el caso de que no haya grupo homogéneo de comparación, se otorgará la bonificación si mejora en más de un 10% el resultado del ejercicio anterior
- **Penalización máxima:** 30%
- **Factor corrector:** Ajuste $\pm 2\%$ según grado de consecución de objetivos estratégicos asistenciales 2025

*Nota aclaratoria sobre la interpretación del parámetro C_2 en el cálculo del porcentaje de cumplimiento ponderado:

En el marco del contrato programa 2025, el parámetro C_2 utilizado en la fórmula de cumplimiento ponderado del equipo directivo no debe entenderse exclusivamente como el resultado binario del indicador de cumplimiento del Capítulo II (cumple/no cumple). Aunque la evaluación oficial del indicador establece que un índice igual o inferior a 1,05 supone un cumplimiento del 100% y, por encima de 1,05, el cumplimiento es 0%, para efectos del cálculo de la adecuación al rendimiento directivo se aplicará una escala progresiva.

Así, cuando el índice de gasto real ajustado 2025/2024 supere la meta de 1,05 (es decir, cuando no se cumpla el objetivo), el porcentaje de cumplimiento asignado a C_2 no será automáticamente 0%. En su lugar, se establecerá una degradación proporcional del cumplimiento, que irá desde el 0% (si el índice alcanza o supera 1,10) hasta un máximo del 100% (si el índice es igual o inferior a 1,05). A medida que el índice disminuya desde 1,10 hacia 1,05, el porcentaje de cumplimiento de C_2 aumentará progresivamente, permitiendo así reflejar de forma más matizada el grado de desviación presupuestaria.

Por tanto, el valor de C_2 en la fórmula de cumplimiento ponderado puede variar entre 0% y 100%, en función del índice de gasto real ajustado, garantizando una evaluación proporcional y evitando penalizaciones absolutas por desviaciones menores.