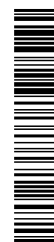


Contrato Programa con la Gerencia de la Unidad Central de Radiodiagnóstico



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

2025

Contenido

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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 de la Unidad Central de Radiodiagnóstico 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.
- Clausula Rendimiento del equipo directivo

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

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

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

POBLACIÓN TOTAL (TSI)					
1.333.069					
Distribución población TSI según tramos etarios					
HOSPITAL	0-2 años	3-15 años	16-64 años	65-79 años	>80 años
H. U. INFANTA SOFÍA	6.523	50.308	239.961	41.491	15.805
H. U. DEL HENARES	3.202	20.319	118.463	26.909	6.944
H. U. INFANTA LEONOR	6.792	41.416	226.960	36.647	15.998
H. U. DEL SURESTE	4.772	31.473	143.898	22.878	6.981
H. INFANTA CRISTINA	3.638	28.905	123.176	20.175	5.510
H. DEL TAJO	1.650	11.652	55.716	10.515	4.392
TOTAL	26.577	184.073	908.174	158.615	55.630

Asimismo, la Unidad Central de Radiodiagnóstico se compromete a prestar asistencia sanitaria a todos aquellos asegurados del Servicio Madrileño de Salud que así lo soliciten en el marco de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid y seleccionen alguno de los hospitales a los que proporciona servicio

- En el Contrato-Programa suscrito en el ejercicio 2025 entre el Servicio Madrileño de Salud y la U.C.R. se determinan las variables técnicas, asistenciales, económicas y de cualquier otra índole para su período de vigencia.

Para la **Unidad Central de Radiodiagnóstico** se fija una dotación inicial para el ejercicio 2025 de un importe de **VEINTICUATRO MILLONES CIEN MIL EUROS (24.100.000,00 euros)**. El gasto devengado será imputado al programa 312A, Capítulo 2, subconcepto 25704 de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para la Entidad de Derecho Público Unidad Central de Radiodiagnóstico.

La evaluación de cumplimiento de los indicadores de sostenibilidad incluidos en este contrato se basará de las cantidades indicadas en los Capítulos Presupuestarios de Gasto de esta Entidad de Derecho Público:

Capítulo I	Gastos de Personal	21.229.078,00 €
Capítulo II	Bienes Corrientes y de Servicios	2.900.652,00 €

- 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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

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

El Director Gerente de la Unidad
Central de Radiodiagnóstico

D^a Laura Gutiérrez Barreno

D. César López Velayos



ANEXO I

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTUACIÓN
01 SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS	1.1 CUMPLIR LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL CAP. I	01 CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE GASTO FIJADO PARA EL CAP. I.	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	21
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.1 MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL	09 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA.	2,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	10 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL Y DERECHO SANITARIO	2
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	11 PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE TRATO PERSONAL INADECUADO FRENTE AL AÑO ANTERIOR	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.2 MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	12 PORCENTAJE DE RECLAMACIONES CERRADAS POR DEBAJO DE 30 DÍAS NATURALES	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	13 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPUEGUE DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS	3
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	14 IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD EN LOS INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.3 CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	15 SESIONES SOBRE RECURSOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD PARA PACIENTES	0,5
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.4 FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.	16 PORCENTAJE DE MAMOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS CON SOSPECHA DE PATOLOGÍA MAMARIA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A SIETE DÍAS	4
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.4 FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.	17 PORCENTAJE DE RADIOLOGÍA SIMPLE CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A QUINCE DÍAS.	4
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.4 FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.	18 PORCENTAJE DE ECOGRAFÍA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	4
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.4 FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.	19 PORCENTAJE DE TAC CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	4
02 ACCESIBILIDAD Y ORIENTACION A LAS PERSONAS	2.4 FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.	20 PORCENTAJE DE RM CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	4

La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidadmadrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1056306140387438772793

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTUACIÓN
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA Y LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	21 PORCENTAJE DE PRUEBAS, PETICIÓN URGENTE, REALIZADAS ANTES DE 24 HORAS PARA PACIENTES INGRESADOS.	5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.1 MEJORAR LA EFICIENCIA Y LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN	22 PORCENTAJE DE PRUEBAS, PETICIONES PREFERENTES, DE LOS CENTROS DE SALUD REALIZADAS ANTES DE 10 DÍAS	5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.2. MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES.	23 EVALUACIÓN DEL PLAN DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIACIONES IONIZANTES DE CADA UNO DE LOS CENTROS DE LA UCR, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.	2
03 MEJORA DE PROCESOS	3.3. AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	24 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.3. AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	25 PORCENTAJE DE ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	1,5
03 MEJORA DE PROCESOS	3.3. CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.	26 PORCENTAJE DE 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	27 DESARROLLO DE PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	3
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.2 ACTUALIZACION REGISTROS ASISTENCIALES	28 CALIDAD DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES	3
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	29 % DE ACTIVIDADES FORMATIVAS DESARROLLADAS EN FORMATO NO PRESENCIAL (AULAS VIRTUALES, VIDEOCONFERENCIAS, CURSOS FORMATO ONLINE Y ACTIVIDADES MIXTAS), RESPECTO AL TOTAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023, APROBADO POR LA DG DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, EN EL CENTRO	2
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	30 % DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA INCLUIDAS EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2023 , GESTIONADO POR DG DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN, DEL CENTRO	2
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	31 NÚMERO DE INVESTIGADORES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS	2
04 INNOVACION Y DESARROLLO	4.4 POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	32 NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)	2

ANEXO I

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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. ACCIÓN 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

INDICADOR 3: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN DE AUSENCIAS POR IT

FÓRMULA:	% de sustitución de ausencia por IT del centro/((% 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 PUBLICADAS 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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS

OBJETIVO 2.1: MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.

INDICADOR 9: Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida.

FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones de calidad percibida que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones de calidad percibida propuestas (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: Desarrollo de al menos 1 acción de mejora por hospital que forma parte de la UCR, derivadas de las encuestas de satisfacción de pacientes propias realizadas en 2024 Acción 2: Líneas de actuación del grupo para la mejora de la calidad percibida, siendo prioritaria: Identificar las necesidades de los pacientes a través de técnicas cuantitativas (encuestas) y/o cualitativas (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, observación participante, etc.)
META	Acción 1: Desarrollo de al menos 1 acción de mejora por hospital
EVALUACIÓN	Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas



OBJETIVO 2.2 : MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
INDICADOR 10: 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%)



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

OBJETIVO 2.2: MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
INDICADOR 11: Porcentaje de disminución de las reclamaciones de trato personal inadecuado frente al año anterior	
FÓRMULA:	$(\text{Nº RECLAMACIONES POR MOTIVO TRATO EN 2025} - \text{Nº RECLAMACIONES EN 2024, POR EL MISMO MOTIVO}) * 100 / \text{Nº RECLAMACIONES DE TRATO DE 2024}$
DIVIDENDO	$\text{Nº RECLAMACIONES POR MOTIVO TRATO EN 2025} - \text{Nº RECLAMACIONES EN 2024, POR EL MISMO MOTIVO}) * 100$
DIVISOR	$\text{Nº RECLAMACIONES DE TRATO DE 2024}$
FUENTE DE DATOS:	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK
COMENTARIOS:	A pesar de ser un indicador que lleva varios años incluidos en el contrato programa, es oportuno mantenerlo, ya que subraya la importancia de una atención sanitaria humanizada, donde la empatía, la comunicación efectiva y el respeto por la individualidad del paciente son fundamentales y sensibiliza al personal sanitario sobre la importancia de brindar una atención de calidad desde una perspectiva humana y respetuosa.
META:	• Reclamaciones de trato= 0 o reducción de $\geq 25\%$ cumplimiento del 100% • Reducción de ≥ 15 a $< 25\%$= 75% • Reducción de ≥ 10 a $< 15\%$= cumplimiento del 50% • Reducción de ≥ 5 a $< 10\%$= cumplimiento del 25%
EVALUACIÓN:	0,5 puntos



INDICADOR 12: 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 Tendencia descendente del índice respecto al año anterior. Valor negativo de la diferencia.
EVALUACIÓN:	0,5 puntos



OBJETIVO 2.3: CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA (2025) HOSPITALES	
INDICADOR 13: 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 14: 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 15: 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 las reuniones



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1056306140387438772793

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

INDICADOR 16: PORCENTAJE DE MAMOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS CON SOSPECHA DE PATOLOGÍA MAMARIA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A SIETE DÍAS.

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

INDICADOR 17: PORCENTAJE DE RADIOLOGÍA SIMPLE CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 15 DÍAS EN PACIENTES AMBULATORIOS.

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

INDICADOR 18: PORCENTAJE DE ECOGRAFÍA CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.

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



INDICADOR 19: PORCENTAJE DE T.C. CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de peticiones T.C. realizada en más de treinta días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de T.C. en pacientes ambulatorios
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el 10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.
INDICADOR 20: PORCENTAJE DE R.M. CON UN PLAZO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MAYOR A 30 DÍAS.	
FÓRMULA:	
NUMERADOR:	Número de peticiones de R.M. realizada en más de treinta días en pacientes ambulatorios* 100
DENOMINADOR:	Número de peticiones de R.M. en pacientes ambulatorios.
FUENTE DE DATOS:	RIS
COMENTARIOS:	
META:	0%
EVALUACIÓN:	Por debajo del 5% se dará por cumplido el objetivo otorgando la puntuación total. Entre el 5 y el 10% obtendrá el 50% de la puntuación Por encima del 10%, la puntuación será 0.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

3. MEJORA DE PROCESOS

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

INDICADOR 21: PORCENTAJE DE PRUEBAS, PETICIÓN URGENTE, REALIZADAS ANTES DE 24 HORAS PARA PACIENTES INGRESADOS.

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

INDICADOR 22: PORCENTAJE DE PRUEBAS PREFERENTES, DESDE LOS CENTROS DE SALUD, REALIZADAS ANTES DE 10 DÍAS

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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

INDICADOR 23: EVALUAR EL PLAN DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIOCIONES IONIZANTES DE CADA UNO DE LOS CENTROS DE LA UCR, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

OBJETIVO3.3: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INDICADOR 24: Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente

FÓRMULA	(Numerador/Denominador)*100
NUMERADOR	Nº de acciones para el despliegue de la seguridad del paciente que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (3).
FUENTE DE DATOS	Acción 1 y 2: Autodeclarado y validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP). Acción 3: CISEMadrid.
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Realización de rondas de seguridad. Reuniones o visitas a unidades 2. -Desarrollo de al menos 3 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). 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, en todos los hospitales que forman parte de la UCR Acción 3: Implantación de CISEMadrid (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)).
META	Acción 1: 1 ronda por cada hospital que forma parte de la UCR. Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios. Acción 3: >= 80% de IS y EM con informe validado, siendo al menos 60 el nº mínimo de IS y EM identificados
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

INDICADOR 25: 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. Desarrollo de actuaciones vinculada a la línea 7.8 Uso seguro de radiaciones ionizantes, de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027
META	Acción 1: Realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS, alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio y PBA punto de atención >95% Acción 2: Al menos 2 actuaciones desarrolladas de la línea 7.8
EVALUACIÓN	100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



OBJETIVO 3.4: CONSOLIDAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	
INDICADOR 26: Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	
FÓRMULA	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) * 100$
NUMERADOR	Nº de acciones para impulsar la gestión de la calidad que alcanzan la meta establecida.
DENOMINADOR	Nº total de acciones propuestas (2).
FUENTE DE DATOS	Autodeclarado. Validación por SGCASP
COMENTARIOS	Acciones propuestas: Acción 1: Realizar autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Desarrollar acciones para la mejora de la gestión ambiental siendo las prioritarias: ○ Elaborar al menos 1 Buena Práctica ○ Formación de los profesionales en Gestión ambiental a través de cursos propios o los ofrecidos por parte de la SGCASP Acción 3 Desarrollar 2 planes de mejora derivados de la cumplimentación cuestionario 2024 de Responsabilidad Social (RS) y Cumplimentar el cuestionario RS
META	Acción 1: Realizada autoevaluación con el Modelo EFQM Acción 2: Desarrollar las 2 líneas prioritarias en Gestión Ambiental. Acción 3: Cumplimentar cuestionario 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestion.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

4. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

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

INDICADOR 27 DESARROLLO DE PROYECTOS BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD

FÓRMULA:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
NUMERADOR:	Número de proyectos basados en el análisis de resultados en salud
DENOMINADOR:	No aplica
FUENTE DE DATOS:	Autodeclarado en informe de evidencias
COMENTARIOS:	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:	Se evalúa con el cierre del año 2024: 1 punto por cada proyecto desarrollado. Puntuación máxima 2 puntos.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

OBJETIVO 4.2 ACTUALIZACION REGISTROS ASISTENCIALES	
INDICADOR 28: 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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 29: 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 30: 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 31: 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 32: NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS POR CADA 1.000 PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN UNIVERSITARIA (PSFU)

FÓRMULA:	
NUMERADOR:	(Nº absoluto de proyectos activos durante 2025 *1000 / Nº de PSFU en 2025) – (Nº absoluto de proyectos activos en 2024 *1000 / Nº de PSFU en 2024)
DENOMINADOR:	(Nº absoluto de proyectos activos en 2024 * 1000 / Nº de PSFU 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:	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>



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**

➤ **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: $85 - (85 \times (1,14/100)) = 83,81$

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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056306140387438772793**