

# Acuerdo de Gestión 2018



Gerencia del Área  
de Salud VI





## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1. DESPLIEGUE DEL ACUERDO DE GESTIÓN A TODA EL ÁREA DE SALUD	13
ANEXO 2. MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	17
2.1 Calidad Percibida	19
2.2 Atención hospitalaria	22
2.2.0 Programas de Calidad del Servicio	22
2.2.1 Código Infarto	22
2.2.4 Cáncer	23
2.2.5 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	24
2.2.7 Cuidados hospitalarios	24
2.3 Cuidados paliativos	26
2.4 Indicadores de “No hacer”	27
2.5 Atención Primaria	28
2.5.1 Atención al niño	28
2.5.2. Atención al puerperio	29
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	30
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus	31
2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares	32
2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	32
2.5.7 Prevención y detección de problemas en las personas mayores	33
2.5.8 Atención grupal y comunitaria	34
2.5.9 Inmunizaciones programadas	34
2.5.10 Continuidad asistencial	35
2.6 Seguridad del paciente	35
2.6.1 Sistema de notificación de incidentes	35
2.6.2 Infección relacionada con la atención sanitaria	36
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico	36
2.6.4 Proyectos UCI Zero	38
2.6.5 Seguridad de los medicamentos	39
2.6.6 Otros	40
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	41
3.1 Accesibilidad	43
3.2 Uso adecuado de los recursos	47
3.3 Incapacidad temporal	50
3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta	50

ANEXO 4. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS	51
4.1 Medicina Familiar y Comunitaria	53
4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica	53
4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos	53
4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	54
4.2 Pediatría en Atención Primaria	56
4.2.1 Calidad basada en la selección de medicamentos	56
4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	56
4.3 Salud mental	57
4.4 Especialidades hospitalarias	57
4.4.1 Selección de medicamentos para la población del área de salud	57
4.4.2 Criterios de utilización de medicamentos en el SMS con receta	57
4.4.3 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital	58
4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud	58
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	61
5.1 Formación sanitaria especializada	63
5.2 Formación continuada	64
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	67
6.1 Presupuesto	69
6.2 Otros indicadores de sostenibilidad	70

## **INTRODUCCIÓN**

### **ANTECEDENTES**

La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia, dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra región establece en el artículo 11.f) en materias de sanidad e higiene. Las experiencias obtenidas desde la entrada en vigor de la citada ley, y muy especialmente el primer Plan de Salud, aconsejaron progresar en el mandato del artículo 43 de la Constitución Española y en el marco de la legislación básica establecida por la Ley General de Sanidad, en cuanto a los aspectos ya regulados de carácter organizativo, de tutela de la salud pública y en los de la educación sanitaria, mediante el establecimiento de un sistema sanitario ágil y eficiente, descentralizado y autónomo, ampliamente responsable, con capacidad de financiación y participativo, creando un marco de referencia legal suficientemente amplio.

El resultado fue la Ley 4/1994, de 16 de julio, de Salud de la Región de Murcia, que supuso una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y la segunda al Servicio Murciano de Salud (SMS) como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra. Para el desarrollo del nuevo modelo, la Ley prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales así como la orientación hacia el paciente. Según se desprende del articulado de la Ley, este entorno organizativo ha de sustentarse en un modelo de gestión actualizado que permita racionalizar el coste del modelo sanitario que disfruta la sociedad murciana para permitir su pervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria.

En el artículo 32 de esta Ley, “Dirección por objetivos”, se establece que los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y en la calidad de la asistencia. Asimismo determina que para la implantación de una dirección por objetivos y un control por resultados en los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

En este contexto, el Acuerdo de Gestión del Área de Salud es la herramienta que vincula la gestión de los recursos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización y que pretenden avanzar en:

- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- La mejora continua de la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios.
- Garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales.

Los principios que orientan las actuaciones del Servicio Murciano de Salud son:

- Universalidad.
- Equidad.
- Respeto a los valores de las personas sin discriminación alguna.
- Trabajo en equipo.
- Transparencia en la gestión.
- Compromiso con la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar el mayor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

## OBJETIVOS

1

**Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud.**

La Gerencia del Área de Salud desplegará los objetivos del acuerdo de gestión a través de la firma de Pactos de gestión con los servicios/unidades hospitalarias y equipos de atención primaria que incluirá la designación de referentes de calidad y seguridad (ANEXO 1).

2

**Monitorizar la Calidad y Seguridad de la atención sanitaria.**

Un aspecto esencial de la Misión del Servicio Murciano de Salud es prestar la asistencia sanitaria a los ciudadanos de la Región a través del desarrollo de un sistema sanitario accesible y resolutivo que mejore continuamente la calidad de la asistencia y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios. Para avanzar en esta línea es necesaria la orientación de la gestión hacia los resultados y medir la operatividad de los procesos asistenciales, la efectividad clínica y la satisfacción de los pacientes.

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial de gran relevancia tanto para pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados recibidos, como para gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Por ello, el SMS despliega estrategias y acciones dirigidas a controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (ANEXO 2).

3

**Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.**

La accesibilidad y la continuidad de cuidados son aspectos relevantes de la atención sanitaria y constituyen un reto para los servicios de salud. Además, el RD 605/2003 fija unos tiempos máximos para garantizar los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Al mismo tiempo, es necesario establecer líneas de trabajo para optimizar el uso de los recursos propios y mejorar la eficiencia de los servicios (ANEXO 3).

4

#### **Uso racional de los medicamentos.**

El uso racional de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser seguro, eficaz y de una calidad contrastada (ANEXO 4).

5

#### **Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.**

La organización debe adaptar la formación de los profesionales al creciente desarrollo tecnológico, científico y organizativo del sistema sanitario así como a las necesidades surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación Continuada acreditado que contribuya a la actualización y reciclaje continuo de los profesionales. Este plan debe coordinar e integrar los recursos humanos, materiales y de financiación disponibles (ANEXO 5).

6

#### **Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.**

Las garantías del mantenimiento del sistema sanitario público y de calidad pasan por la utilización adecuada de los recursos puestos a disposición del sistema y, que requieren la mejora continua de la eficiencia y el cumplimiento de los presupuestos asignados (ANEXO 6).

## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos

El Acuerdo de Gestión de 2018 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2018
1	<b>Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión</b>	150
2	<b>Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.</b>	280
3	<b>Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos</b>	220
4	<b>Uso racional de los medicamentos.</b>	100
5	<b>Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.</b>	50
6	<b>Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.</b>	200*

\*Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario, desglose:

Subpartados	Porcentaje	Puntuación
Personal **	22,5	45
Farmacia Hospitalaria	22,5	45
Material sanitario	22,5	45
Conciertos y autoconciertos	22,5	45
Receta farmacéutica	5	10
Facturación en convenios	2	4
Recaudación a terceros	3	6

\*\*Personal: Gastos en sustituciones por incapacidad transitoria y sustituciones por permisos, sustituciones por vacaciones y gasto en personal eventual

Los objetivos se evaluarán con los indicadores definidos en los anexos correspondientes. Con carácter general, se valorarán las mejoras relativas en actividad o rendimiento frente al punto de partida (mejora conseguida frente al espacio total de mejora posible/valor estándar/meta en cada caso). Para evitar que valores cercanos al estándar no puntúen, se corregirán estos valores por la posición en un ranking donde figuren todas las áreas y que supone el 50% de la puntuación total.

## 2. Seguimiento y Evaluación

Se realizarán, al menos, dos evaluaciones para el seguimiento del cumplimiento del Acuerdo de Gestión, una a finales del primer cuatrimestre y otra al finalizar el tercer trimestre del ejercicio. Además de estas dos evaluaciones, se introducirán progresivamente herramientas que permitan aproximarse a un proceso de evaluación continua a lo largo del año.

## REUNIDOS

De una parte, D. Asensio López Santiago, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra Dña. Carmen Martínez Abellán, Directora Gerente del Área de Salud VI

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2018, comprometiéndose a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos los objetivos que aquí se recogen. A estos efectos, las partes formalizan este compromiso de acuerdo con las siguientes

## ESTIPULACIONES

### Primera - Objeto

El objeto del presente Acuerdo de Gestión es la regulación para el periodo de 2018 de la prestación de asistencia sanitaria a la población protegida por el Servicio Murciano de Salud, así como la financiación asignada para la realización de estos servicios.

### Segunda - Vigencia

El Acuerdo de Gestión establece el marco de actuaciones para los servicios prestados durante el presente ejercicio con efectos de 1 de enero de 2018.

### Tercera - Objetivos

Son los contenidos en el apartado "Objetivos", y sus correspondientes indicadores, agrupados en 6 apartados:

1. Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
4. Uso racional de los medicamentos.
5. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
6. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

En prueba de conformidad con cuanto antecede, se firma el presente documento por duplicado en el lugar y la fecha indicados con sujeción a las estipulaciones que en el mismo se han establecido.

En Murcia, a 16 de febrero de 2018.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS.

LA DIRECTORA GERENTE ÁREA DE SALUD VI.

D. Asensio López Santiago.

Dña. Carmen Martínez Abellán.



# Acuerdo de Gestión 2018

---

---

## INDICADORES

---

---





# Acuerdo de Gestión 2018

## Anexo 1

---

### Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud

---



1.1.1	<b>Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud</b>
<b>Fórmula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria que firman Pactos de Gestión con su Gerencia de Área, incluyendo la designación de referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100/ Total de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria de la Gerencia de Área</li> <li>• Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos del Área de Salud</li> <li>• Número de Pactos en los que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos x 100 / Total de Pactos del Área de Salud</li> </ul>
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	100% en cada uno de los subindicadores

#### **REFERENTES DE CALIDAD Y SEGURIDAD**

Se designa a las personas adscritas a los Servicio/Unidad/EAP como referentes en materia de Calidad y Seguridad, con la capacidad necesaria para cumplir con las siguientes funciones:

- Velar por la mejora de la Calidad Asistencial y la Seguridad de los pacientes en su Servicio/Unidad/EAP.
- Conocer y difundir los objetivos en Calidad y Seguridad que figuran en el Pacto de Gestión de su Servicio/Unidad/EAP.
- Colaborar con la Dirección, la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación para la consecución de los mismos.
- Servir de enlace entre la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación y su Servicio/Unidad/EAP.



## Acuerdo de Gestión 2018

### Anexo 2

---

---

# MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

---

---



## 2.1 Calidad Percibida.

La evaluación de la consecución de este objetivo se realizará puntuando de la manera siguiente:

<b>2.1.1</b>	<b>Mejoras obtenidas en los indicadores seleccionados específicamente para cada Área</b>	
<b>Fórmula</b>	Mejora relativa de los indicadores seleccionados	
<b>Fuente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de actividades realizadas debidamente documentadas</li> <li>- Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria</li> </ul>	
<b>Meta</b>	3 indicadores	
<b>Indicadores seleccionados</b>		<b>Meta</b>
Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en Urgencias del hospital x 100/ Valoraciones realizadas		90%
Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a la consulta de Consultas Externas x100 / Valoraciones Realizadas		90%
Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en consulta de Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas		90%

<b>2.1.2</b>	<b>Satisfacción en Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Usuarios que califican con 8, 9 o 10 su satisfacción con el centro de salud x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
<b>Meta</b>	85%

<b>2.1.3</b>	<b>Accesibilidad general en Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
<b>Meta</b>	80%

<b>2.1.4</b>	<b>Calidad científico-técnica del personal del área de administración en Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
<b>Meta</b>	85%

<b>2.1.5</b>	<b>Satisfacción en el Área de Hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.6</b>	<b>Información en el Área de Hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.7</b>	<b>Organización en el Área de Hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.8</b>	<b>Satisfacción en el Área Quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.9</b>	<b>Información en el Área Quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.13</b>	<b>Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.14</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en el Servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	70%

<b>2.1.15</b>	<b>Información en el Área de Urgencias Hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.16</b>	<b>Organización en el Área de Urgencias Hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que durante su estancia en el Servicio de Urgencias del hospital pudieron saber siempre con facilidad si quienes les atendían eran médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores o personal de cualquier otro tipo x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	90%

<b>2.1.17</b>	<b>Satisfacción en el Área de Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con Consultas Externas del hospital x100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	80%

<b>2.1.18</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	75%

<b>2.1.19</b>	<b>Información en el Área de Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con la información que le ha dado el médico en su última visita a las Consultas Externas del hospital, sobre su enfermedad, el tratamiento y/o los cuidados que debían seguir x 100/ Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	85%

<b>2.1.20</b>	<b>Organización en el Área de Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en la consulta x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	80%

## 2.2 Atención hospitalaria.

### 2.2.0 Programas de Calidad del Servicio.

2.2.0.1	Sistema de Gestión de Calidad
<b>Fórmula</b>	<p>Informe sobre el sistema de gestión de calidad del Servicio que incluya, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcance o campo de aplicación</li> <li>- Descripción del sistema de gestión</li> <li>- Política y objetivos de calidad</li> <li>- Documentación de los procesos</li> <li>- Medición y análisis</li> <li>- Resultados de 2017</li> <li>- Medidas correctoras</li> </ul> <p>Aplica a los siguientes servicios: Laboratorios, Microbiología, Hematología, Banco de sangre, Anatomía Patológica, Farmacia, Diagnóstico por imagen, Radioterapia, Hospital de día Oncológico</p>
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Presentación de Informe: 31 de mayo

### 2.2.1 Código Infarto.

2.2.1.2	Adecuación tiempo DIDO (tiempo transcurrido desde que un paciente llega a un hospital sin capacidad para realizar angioplastia hasta que sale del mismo con dirección a un hospital con capacidad para llevarla a cabo)
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Pacientes dados de alta por SCACEST y angioplastia primaria cuya permanencia en el hospital DIDO ha sido igual o inferior a 30 minutos} \times 100}{\text{Pacientes dados de alta por SCACEST y angioplastia primaria que han pasado por hospital DIDO}}$
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	$\geq 50\%$

2.2.1.3	Realización del electrocardiograma en pacientes con SCACEST
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo intervalo de tiempo entre la hora de llegada a la puerta de urgencias del hospital y la realización del electrocardiograma es de 10 minutos o menos} \times 100}{\text{Pacientes dados de alta por SCACEST}}$
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	$\geq 70\%$

<b>2.2.1.4</b>	<b>Terapia fibrinolítica adecuada</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta de urgencias hasta la fibrinólisis es de 30 minutos ó menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST que han recibido terapia fibrinolítica
<b>Fuente</b>	CMBD, SELENE
<b>Meta</b>	≥ 60%

## 2.2.4 Cáncer

<b>2.2.4.1</b>	<b>Evaluación por el Comité de cáncer de mama</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluadas por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
<b>Fuente</b>	CMBD e Informe del hospital (Informe de Anatomía Patológica)
<b>Meta</b>	100%

<b>2.2.4.2</b>	<b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes cuyo intervalo de tiempo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento de cáncer de mama es igual o inferior a 28 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	100%

<b>2.2.4.3</b>	<b>Confirmación diagnóstica en cáncer de mama</b>
<b>Fórmula</b>	Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer de mama donde el intervalo de tiempo entre la fecha de entrada de la muestra, que consta en el informe, y la de confirmación diagnóstica (validación del informe) es igual o inferior a 4 días naturales x 100 / Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer de mama
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.2.4.4</b>	<b>Evaluación por el Comité de cáncer colorrectal</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han sido evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal
<b>Fuente</b>	CMBD e Informe hospital
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.2.4.5</b>	<b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal cuyo intervalo de tiempo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 30 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han recibido tratamiento
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.2.4.6</b>	<b>Confirmación diagnóstica en cáncer colorrectal</b>
<b>Fórmula</b>	Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer colorrectal donde el intervalo de tiempo entre la fecha de entrada de la muestra, que consta en el informe, y la de confirmación diagnóstica (validación del informe) es igual o inferior a 4 días naturales x 100 / Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer colorrectal
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	≥70%

## 2.2.5 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

<b>2.2.5.1</b>	<b>Reingresos en pacientes con EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años dados de alta por EPOC (o sospecha) que causan reingreso urgente por cualquier causa en los 30 días siguientes al alta x 100/ Pacientes mayores de 40 años dados de alta por EPOC (o sospecha)
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	≤18%

## 2.2.7 Cuidados hospitalarios.

<b>2.2.7.1</b>	<b>Plan de Acogida al ingreso</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados más de 24 h que tienen registrada la realización correcta del Plan de Acogida en una unidad de hospitalización x 100 / Pacientes ingresados más de 24h en una unidad de hospitalización
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 80%

<b>2.2.7.2.</b>	<b>Valoración temprana del riesgo de Ulceras por presión (UPP)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que tiene registro de la valoración de riesgo de padecer UPP mediante la escala Braden, en las primeras 24 horas de su ingreso en una unidad de hospitalización x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas una unidad de hospitalización
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 85%

<b>2.2.7.3</b>	<b>Desarrollo de Ulceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con registro en su historia clínica de al menos una UPP desarrollada durante su estancia hospitalaria x 100 / Pacientes ingresados más de 48 horas
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 1%

2.2.7.4	Úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados
<b>Fórmula</b>	Pacientes con registro en su historia clínica de al menos una UPP x 100 / Pacientes dados de alta
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 2%

2.2.7.5	Riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria
<b>Fórmula</b>	Pacientes identificados de riesgo moderado- alto de UPP y que desarrollan una UPP durante su ingreso x 100 / Pacientes identificados de riesgo moderado - alto de UPP
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 1%

2.2.7.6	Úlceras por presión en UCI (UPP)
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UCI con UPP x 100 / Pacientes ingresados en UCI
<b>Fuente</b>	Historia clínica
<b>Meta</b>	≤ 8%

2.2.7.7	Valoración temprana del riesgo de Caídas
<b>Fórmula</b>	Pacientes que tienen registro de la valoración de riesgo de caídas, mediante la escala Downton, en las primeras 24 horas de su ingreso en una unidad de hospitalización x 100/ Pacientes ingresados más de 24 horas una unidad de hospitalización
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 80%

2.2.7.8	Flebitis en Hospitalización
<b>Fórmula</b>	Pacientes con catéter venoso periférico y el motivo de retirada es por flebitis x 100 / Pacientes con catéter venoso periférico
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	<8%

2.2.7.9	Extravasaciones catéter venoso periférico
<b>Fórmula</b>	Pacientes con catéter venoso periférico y el motivo de retirada es por extravasación x 100 / Pacientes con catéter venoso periférico
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	<10%

2.2.7.10	Informes de continuidad de cuidados al alta
<b>Fórmula</b>	Informe de continuidad de cuidados realizados al alta hospitalaria x 100 / Altas hospitalarias en un periodo determinado.
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 60%

<b>2.2.7.11</b>	<b>Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados</b>
<b>Fórmula</b>	Número de actividades documentadas sobre mejora de la calidad en periodo de estudio
<b>Fuente</b>	Informe de actividades
<b>Meta</b>	≥ 3

<b>2.2.7.12</b>	<b>Registro del peso</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con registro de peso en su episodio de ingreso x 100 / Pacientes ingresados
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 30%

<b>2.2.7.13</b>	<b>Petición de colchón antiescaras</b>
<b>Fórmula</b>	Peticiones de colchón antiescaras a pacientes con alto riesgo de padecer UPP x 100 / Pacientes con alto riesgo de padecer UPP
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%

## 2.3 Cuidados Paliativos.

<b>2.3.1</b>	<b>Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos.
<b>Fuente</b>	ESAD-ESAH
<b>Meta</b>	≥80%

<b>2.3.2</b>	<b>Estancia hospitalaria desde fecha de inclusión en el Programa de Cuidados Paliativos</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de días desde la inclusión del paciente en el Programa de Cuidados Paliativos hospitalarios en Selene hasta el día del alta hospitalaria x 100 / Altas hospitalarias de los pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤12 días

<b>2.3.3</b>	<b>Ingresos en el hospital de Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos a domicilio</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos a domicilio que ingresan en el hospital x 100 / Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos a domicilio
<b>Fuente</b>	OMI, SELENE y CMBD
<b>Meta</b>	≤25%

## 2.4 Indicadores de “No hacer”.

<b>2.4.1</b>	<b>Prescripción de radiografía de tórax en pacientes de bajo riesgo anestésico</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha prescrito radiografía de tórax x 100/Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II)
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 25 %

<b>2.4.2</b>	<b>Sondaje vesical en pacientes con cirugía gastrointestinal</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con sondaje vesical de más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal x 100/ Pacientes con cirugía gastrointestinal y sondaje vesical
<b>Fuente</b>	CMBD, SELENE
<b>Meta</b>	≤ 10 %

<b>2.4.3</b>	<b>Cirugía de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera, con cirugía de cadera realizada con posterioridad a las 48 horas desde el ingreso x 100/Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera
<b>Fuente</b>	CMBD, SELENE
<b>Meta</b>	≤ 50 %

<b>2.4.4</b>	<b>Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida el segundo día tras la intervención x 100/ Pacientes intervenidos quirúrgicamente
<b>Fuente</b>	SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)
<b>Meta</b>	<10%

<b>2.4.5</b>	<b>Uso de fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador en los que se han prescrito medicamentos con antieméticos, antivertiginosos, procinéticos x 100 / Pacientes con Parkinson y/o prescripción de fármacos para Parkinson
<b>Fuente</b>	Subgrupos terapéuticos incluidos (Cinta de facturación del COF), OMI-AP (CIAP Parkinson)
<b>Meta</b>	≤ 5 %

<b>2.4.6</b>	<b>Uso de paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática</b>
<b>Fórmula</b>	Prescripciones de paracetamol 1g (envases) x 100 / Prescripciones de paracetamol 650mg o de 1g (envases)
<b>Fuente</b>	Cinta de facturación del COF
<b>Meta</b>	≤ 30 %

## 2.5 Atención Primaria.

<b>2.5.0</b>	<b>Indicadores seleccionados de Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP)</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de la mejora relativa de los 9 indicadores seleccionados* x 100 / Indicadores seleccionados
<b>Fuente</b>	Cartera de servicios de A.P
<b>Meta</b>	100%

\* Ver tabla al final del Anexo 2 (página 40)

### 2.5.1 Atención al niño

<b>2.5.1.1</b>	<b>Primera revisión en Recién nacidos en los 10 días siguientes al parto</b>
<b>Fórmula</b>	Recién nacidos a los que se le ha realizado la primera revisión en los 10 días siguientes al parto x 100 / Recién nacidos en CIVITAS
<b>Fuente</b>	OMI, CIVITAS
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.5.1.2</b>	<b>Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as que han cumplido los 6 meses que son alimentados con lactancia materna x 100 / Niños/as de 6 meses
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥ 20%

<b>2.5.1.3</b>	<b>Detección precoz del sobrepeso/obesidad en la infancia</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad x 100 / Niños/as de 2 a 14 años
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥15%

<b>2.5.1.4</b>	<b>Seguimiento del sobrepeso/obesidad en la infancia</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad incluidos en el Programa de sobrepeso/obesidad infantil en Atención Primaria x 100 / Niños/as de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.5.1.5</b>	<b>Control de tensión arterial (TA) en los 6 primeros años de vida</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as de 6 años que cuentan con al menos un registro en la historia clínica de TA x 100 / Niños/as de 6 años
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥72%

<b>2.5.1.6</b>	<b>Cobertura y revisión del Programa de Atención al Niño y Adolescente (PANA) a los 11 años</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as con la revisión de salud realizada a los 11 años x 100/ Niños/as de 11 años de edad
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 60 %

<b>2.5.1.7</b>	<b>Actividades grupales dirigidas a la población infantojuvenil</b>
<b>Fórmula</b>	Realización de actividades de carácter grupal y/o comunitario dirigidas a la infancia, adolescencia, madres/padres o familias.
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia que deberá cumplimentar una ficha, especificando la actividad desarrollada
<b>Meta</b>	Los profesionales del EAP estarán implicados en 3 actividades

## 2.5.2 Atención al puerperio.

<b>2.5.2.1</b>	<b>Visitas puerperales en los 10 días siguientes al parto</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres que tienen registro de parto en OMI a las que se realiza anamnesis y exploración en la visita puerperal en los 10 días siguientes al parto x 100 /Mujeres que tienen registro de parto en OMI
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥40%

## 2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

<b>2.5.3.1</b>	<b>Adecuación diagnóstica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ( EPOC)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico nuevo de EPOC en los últimos 12 meses con FEV1/FCV inferior a 0,7 en espirometría postbroncodilatación x 100 / Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC en los últimos 12 meses
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥ 80%

<b>2.5.3.2</b>	<b>Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.5.3.3</b>	<b>Vacunación frente a la gripe en EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que han sido vacunados contra la gripe en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥60%

<b>2.5.3.4</b>	<b>Prevalencia de tabaquismo en pacientes con EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC con registro de consumo de tabaco positivo en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≤ 20%

<b>2.5.3.5</b>	<b>Consejo de abandono del consumo de tabaco a fumadores con EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en algún momento en los últimos 12 meses y han recibido consejo para abandonar el consumo de tabaco en el último año x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en los últimos 12 meses
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.5.3.6</b>	<b>Seguimiento en Atención Primaria tras alta por EPOC exacerbado</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC, dados de alta por exacerbación, citados en consulta de Atención Primaria en los 4 días naturales posteriores al alta x100/ Pacientes mayores de 40 años dados de alta por exacerbación de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI, CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	≥50%

## 2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

<b>2.5.4.1</b>	<b>Cribado factores de riesgo de Diabetes</b>
<b>Fórmula</b>	Personas mayores de 45 años que se les ha realizado el test de Findrisk x 100/ Personas mayores de 45 años
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥ 10%

<b>2.5.4.2</b>	<b>Determinación de hemoglobina glicosilada</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen una determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥ 50%

<b>2.5.4.3</b>	<b>Determinaciones de con hemoglobina glicosilada con valor menor o igual a 7%</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados de Diabetes Mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada, en los últimos 12 meses, muestra valores igual o inferiores al 7% x 100 / Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados de Diabetes Mellitus
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥65%

<b>2.5.4.4</b>	<b>Planes de Cuidados a pacientes diabéticos</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus con inicio o seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥30%

### 2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

<b>2.5.5.1</b>	<b>Cribado de hábito tabáquico</b>
<b>Fórmula</b>	Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica del hábito tabáquico en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 14 años
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥40%

<b>2.5.5.2</b>	<b>Consejo antitabaco a personas fumadoras</b>
<b>Fórmula</b>	Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica de tabaquismo a los que se le ha ofrecido consejo antitabaco en los últimos 24 meses x 100 / Personas fumadoras mayores de 14 años
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥40%

<b>2.5.5.3</b>	<b>Control adecuado de Tensión Arterial en pacientes hipertensos</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA con valores en el último control de TA diastólica <90 y TA sistólica <140, en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥40%

### 2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

<b>2.5.6.1</b>	<b>Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con una valoración del Índice de Katz ≥ C que son atendidos en el domicilio x 100 / Pacientes con una valoración del índice de Katz ≥ C
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 20%

<b>2.5.6.2</b>	<b>Valoración Inicial en pacientes inmovilizados</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28), en los últimos 12 meses, con valoración inicial realizada en los tres primeros meses posteriores a la inclusión en el servicio x 100 / Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) en los últimos 12 meses
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 20%

<b>2.5.6.3</b>	<b>Valoración de la sobrecarga del cuidador de pacientes inmovilizados</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) y con valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora principal mediante el “test de Zarit” x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 20 %

<b>2.5.6.4</b>	<b>Valoración de la situación socio familiar del paciente inmovilizado</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) y con valoración de la situación socio familiar mediante “test de Gijón” x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 60 %

<b>2.5.6.5</b>	<b>Valoración funcional del paciente inmovilizado</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) y con valoración del Índice de Katz x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.5.6.6</b>	<b>Úlceras por presión en pacientes inmovilizados</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) que tienen registrado nuevos episodios de úlceras por presión de cualquier grado y localización x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≤ 30%

<b>2.5.6.7</b>	<b>Planes de Cuidados a pacientes inmovilizados</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 58%

## 2.5.7 Prevención y detección de problemas en las personas mayores.

<b>2.5.7.1</b>	<b>Detección de personas mayores en riesgo</b>
<b>Fórmula</b>	Personas mayores de 65 años con registro en su historia clínica de la valoración del “Test de Barber” en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 65 años
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 15%

## 2.5.8 Atención grupal y comunitaria.

<b>2.5.8.1</b>	<b>Actividades grupales con pacientes crónicos</b>
<b>Fórmula</b>	Realización o participación en actividades de carácter grupal preferentemente a personas diabéticas, con EPOC y a cuidadores de pacientes crónicos o inmovilizados
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia
<b>Meta</b>	Los profesionales del EAP estarán implicados en 3 actividades

<b>2.5.8.2</b>	<b>Intervención comunitaria</b>
<b>Fórmula</b>	Planificación, desarrollo y ejecución de al menos una acción de intervención comunitaria
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia
<b>Meta</b>	Los profesionales del EAP estarán implicados en 1 actividad

<b>2.5.8.3</b>	<b>Proyecto de intervención sociosanitaria</b>
<b>Fórmula</b>	Proyecto de intervención sociosanitaria en los EAP con trabajador social
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia
<b>Meta</b>	1 Proyecto por EAP con trabajador social (Será un proyecto único cuando el mismo trabajador social intervenga en varios EAP)

## 2.5.9 Inmunizaciones programadas.

<b>2.5.9.1</b>	<b>Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as mayores o iguales a 5 años de edad y menores de 6 años que han recibido la segunda dosis de vacuna triple vírica x 100 / Niños/as mayores o iguales a 5 años de edad y menores de 6 años
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
<b>Meta</b>	≥ 95%

<b>2.5.9.2</b>	<b>Cobertura de vacunación frente al meningococo C</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as mayores o iguales a 12 años y menores a 13 años vacunados frente al meningococo C x 100 / Niños/as mayores o iguales a 12 años y menores a 13 años
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
<b>Meta</b>	≥ 90%

<b>2.5.9.3</b>	<b>Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)</b>
<b>Fórmula</b>	Niñas mayores o iguales a 12 años y menores de 13 que han recibido la 1ª dosis de vacuna contra el VPH x 100 / Niñas mayores o iguales a 12 años y menores de 13
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
<b>Meta</b>	≥ 90%

<b>2.5.9.4</b>	<b>Cobertura de vacunación frente a la gripe</b>
<b>Fórmula</b>	Personas de 60 años o más vacunados frente a la gripe x 100 / Personas de 60 años o más
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI
<b>Meta</b>	≥ 60%

## 2.5.10 Continuidad asistencial.

<b>2.5.10.1</b>	<b>Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta en cuya historia de OMI-AP, en el protocolo de Continuidad de Cuidados, conste el registro de la llamada telefónica x 100/Pacientes dados de alta
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 60 %

<b>2.5.10.2</b>	<b>Acceso historia clínica de pacientes dados de alta hospitalaria por médicos de Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Acceso a la Historia Clínica del paciente por el médico de Atención Primaria antes de 72 horas tras el alta hospitalaria x 100 / Pacientes dados de alta hospitalaria
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Meta</b>	≥ 60 %

## 2.6 Seguridad del paciente.

### 2.6.1 Sistema de notificación de incidentes.

<b>2.6.1.1</b>	<b>Análisis Causa Raíz</b>
<b>Fórmula</b>	Análisis Causa Raíz (ACR) con informe terminado x 100 /Total de incidentes con riesgo
<b>Fuente</b>	SINAPS
<b>Meta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con riesgo extremo (SAC1) :100%</li> <li>- Con riesgo alto (SAC2): ≥75%</li> </ul> Informe con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización

## 2.6.2 Infección relacionada con la atención sanitaria.

2.6.2.1	Programa de IRAS del Área
<b>Fórmula</b>	Adaptación al Área de Salud del Programa corporativo de IRAS que comprende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de la Comisión de Área</li> <li>• Vigilancia y control de IRAS</li> <li>• Seguridad del paciente quirúrgico</li> <li>• Proyectos UCI Zero</li> <li>• Programas de Optimización de usos de antimicrobianos (PROA)</li> <li>• Entorno del paciente</li> <li>• Sistemas de información</li> </ul>
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe

## 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

2.6.3.1	Despliegue e implementación del proyecto de Seguridad del paciente quirúrgico
<b>Fórmula</b>	1. Puesta en marcha de un grupo de trabajo en el Área de salud para la Implementación de las recomendaciones del proyecto de Seguridad del paciente quirúrgico en las siguientes líneas de actuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima de seguridad</li> <li>• Higiene de manos</li> <li>• Preparación del paciente quirúrgico</li> <li>• Listado de verificación quirúrgica</li> <li>• Adecuación de la profilaxis tromboembólica</li> <li>• Profilaxis antibiótica</li> <li>• Medicación anestésica</li> </ul> 2. Medidas correctoras implantadas
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe

2.6.3.2	Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención
<b>Fórmula</b>	Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención x 100 / Camas de hospitalización
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	≥95%

<b>2.6.3.3</b>	<b>Camas de UCI con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención</b>
<b>Fórmula</b>	Camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con PBA en el punto de atención x 100 / Camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	≥95%

<b>2.6.3.4</b>	<b>Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Litros entregados de en las unidades o plantas de hospitalización x 1000 / Estancias en el periodo evaluado
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Medición cuantificada por las Áreas

<b>2.6.3.5</b>	<b>Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en centros de Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Litros de PBA entregados en el centro de salud x 1.000 / e consultas en el centro de salud y en domicilio en el período evaluado
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Medición cuantificada por las Áreas

<b>2.6.3.6</b>	<b>Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	≥ 85%

<b>2.6.3.7</b>	<b>Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica
<b>Fuente</b>	CMBD y SELENE
<b>Meta</b>	≥ 80%

<b>2.6.3.8</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal</b>
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos de cirugía colorrectal en el período de estudio x 100 / Intervenciones de cirugía colorrectal en ese periodo de estudio
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 15%

<b>2.6.3.9</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)</b>
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el período de estudio x 100 / Intervenciones de HPRO en ese periodo de estudio
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 3%

<b>2.6.3.10</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis rodilla (KPRO)</b>
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos KPRO en el período de estudio x 100 / Intervenciones de KPRO en ese periodo de estudio
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 3%

<b>2.6.3.11</b>	<b>Dehiscencia de herida postoperatoria en cirugía abdomino-pélvica</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos mediante cirugía abdomino-pélvica con ingreso en los que se produce una dehiscencia de la herida postoperatoria x 100 / Pacientes intervenidos mediante cirugía abdomino-pélvica con ingreso
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

## 2.6.4 Proyectos UCI Zero.

<b>2.6.4.1</b>	<b>Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central nuevas detectadas en un periodo determinado de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
<b>Fuente</b>	Historia clínica
<b>Meta</b>	≤ 3%

<b>2.6.4.2</b>	<b>Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV)</b>
<b>Fórmula</b>	NAV nuevas detectadas en un período de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de ventilación mecánica en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
<b>Fuente</b>	Historia clínica
<b>Meta</b>	≤ 7%

<b>2.6.4.3</b>	<b>Pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas a partir de 48 horas de ingreso (o 48 h siguientes al alta de UCI) x100 / Pacientes ingresados en UCI
<b>Fuente</b>	Historia clínica
<b>Meta</b>	≤ 5%

<b>2.6.4.4</b>	<b>Rondas de seguridad</b>
<b>Fórmula</b>	Se realizará rondas de seguridad en las que participe la Dirección del Área de acuerdo al protocolo corporativo
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	3

<b>2.6.4.5</b>	<b>Clima de seguridad</b>
<b>Fórmula</b>	Participación en la aplicación del cuestionario de Seguridad (versión española) del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research on Quality-AHRQ)
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe

<b>2.6.4.6</b>	<b>Normalización de los procedimientos de Enfermería relacionados con los Proyectos Zero</b>
<b>Fórmula</b>	Revisión, análisis y normalización de los procedimientos de Enfermería relacionados con los proyectos Zero
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe

## 2.6.5 Seguridad de los medicamentos.

<b>2.6.5.1</b>	<b>Autoevaluación ISMP</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación (ISMP)
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe de actividades realizadas debidamente documentado

<b>2.6.5.2</b>	<b>Implantación de prescripción electrónica</b>
<b>Fórmula</b>	Servicios en los que esté implantada la historia clínica electrónica x 100/ Servicios médicos y quirúrgicos
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 30

<b>2.6.5.3</b>	<b>Sustitución de soluciones concentradas de Cloruro potásico por sueros con potasio diluido</b>
<b>Fórmula</b>	Servicios en los que estén sustituidas las soluciones concentradas de Cloruro potásico por sueros con potasio diluido x 100/ total de servicios médicos y quirúrgicos
<b>Fuente</b>	Farmacia
<b>Meta</b>	≥ 30

## 2.6.6 Otros.

<b>2.6.6.1</b>	<b>Identificación de pacientes</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados con pulsera de identificación correctamente colocada x 100/ pacientes ingresados
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	>70%

<b>CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>Meta</b>
3.2.1a Pacientes atendidos a domicilio por enfermero/día	≥ 1,55
5.1.3 Revisiones periódicas en niños de 14 años	≥ 87%
9.1.1. Gestantes que asisten al menos a una sesión de educación maternal	≥ 50%
17.1.1 Mayores de 14 años con diagnóstico de hipertensión arterial	≥ 21%
20.1.1 Mayores de 14 años con diagnóstico de obesidad	≥10%
24.2.1 Fumadores con oferta de ayuda	≥ 18%
25.2.3 Bebedores con consejo de abandono de consumo	≥ 50%
31.1.1. Centros docentes participantes en plan de educación	informe
35.1.1 Niños incluidos en el servicio de prevención de salud bucodental	≥ 30%

## Anexo 3

---

---

# **EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS**

---

---



### 3.1 Accesibilidad.

<b>3.1.1</b>	<b>Pacientes quirúrgicos con espera mayor de 365 días</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera estructural y no estructural es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
<b>Meta</b>	0

<b>3.1.2</b>	<b>Pacientes quirúrgicos, prioridad 1 con espera mayor de 30 días</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en lista de espera quirúrgica, P-1, cuya espera estructural es superior a los 30 días desde la fecha de inclusión
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
<b>Meta</b>	0

<b>3.1.3</b>	<b>Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio (fecha final período de estudio – fecha entrada en registro) / Pacientes en el registro
<b>Fuente</b>	PIN
<b>Meta</b>	65 días a final de año (acuerdo de pactos trimestrales)

<b>3.1.4</b>	<b>Pacientes en lista de espera quirúrgica con salida distinta a intervención quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuyo motivo de salida de lista de espera quirúrgica es distinto a intervención quirúrgica x 100 / Salidas de lista de espera quirúrgica
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
<b>Meta</b>	<13%

<b>3.1.5</b>	<b>Pacientes en lista de espera quirúrgica estructural que esperan que más de 180 días</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en lista de espera quirúrgica, cuya espera estructural es mayor de 180 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
<b>Meta</b>	≤6%

<b>3.1.6</b>	<b>Pacientes que rebasan el tiempo de espera máximo para servicios hospitalarios</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que rebasan el tiempo máximo de espera para un servicio hospitalario (Primera visita de consultas externas / pruebas complementarias / terapéuticas / servicios quirúrgicos) Desagregación y límite: -Consulta externa, 50 días de espera -Pruebas complementarias, 30 días de espera -Servicios quirúrgicos, 150 días de espera
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	0

<b>3.1.7</b>	<b>Tiempo medio de espera estructural en servicios hospitalarios</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro)/ Pacientes en el registro Desagregación: - Consulta externa - Pruebas complementarias
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	Según límites desagregados para pacientes en espera

<b>3.1.8</b>	<b>Pacientes sin fecha asignada para ser atendido en consultas externas hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes sin fecha asignada en consultas externas de atención hospitalaria x 100 / Pacientes en espera para una cita en consultas externas hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	<5%

<b>3.1.9</b>	<b>Inasistencias en primeras consultas hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes citados para una primera consulta que no asisten a la fecha de cita x100/ Pacientes citados para primera consulta
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	≤6%

<b>3.1.10</b>	<b>Espera media de los pacientes atendidos para una prueba complementaria</b>
<b>Fórmula</b>	Medición del tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	≤ 30 días

<b>3.1.11</b>	<b>Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias de atención hospitalaria x 100/ Pacientes en espera para cita en pruebas complementarias
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>3.1.12</b>	<b>Inasistencias a la cita de pruebas complementarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes citados para realización de pruebas complementarias que no asisten a la fecha de cita x 100 / Pacientes citados para pruebas complementarias
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	<6%

<b>3.1.13</b>	<b>Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Tiempo en minutos que ocupa la posición central en el conjunto ordenado de los tiempos puerta-triaje en urgencias hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	≤ 10 minutos

<b>3.1.14</b>	<b>Demora mayor de 48h en agenda de médicos de familia</b>
<b>Fórmula</b>	Días en que la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria)
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≤ 5% de los días en el periodo de estudio

<b>3.1.15</b>	<b>Demora mayor de 48h en agenda de pediatras</b>
<b>Fórmula</b>	Días en que la agenda de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria)
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≤ 1% de los días en el periodo de estudio

<b>3.1.16</b>	<b>Espera para acceder a la consulta del médico de familia en patología no urgente</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con patología no urgente que esperan para acceder a la consulta del médico de familia con respecto a la hora de cita x 100 / Pacientes con patología no urgente atendidos en las consultas del médico de familia en el periodo evaluado. Desagregado: - Pacientes que esperan menos de 15 minutos - Pacientes que esperan más de 30 minutos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	Esperan menos de 15 minutos : > 60% Esperan más de 30 minutos : < 15%

<b>3.1.17</b>	<b>Espera para acceder a la consulta del pediatra en patología no urgente</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con patología no urgente que esperan para acceder a la consulta del pediatra con respecto a la hora de cita x 100 / Pacientes atendidos con patología no urgente atendidos en las consultas del pediatra en el periodo evaluado. Desagregado: - Pacientes que esperan menos de 15 minutos - Pacientes que esperan más de 30 minutos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	Esperan menos de 15 minutos : >60% Esperan más de 30 minutos : < 10%

<b>3.1.18</b>	<b>Tiempo de atención por paciente en consulta de médico de familia</b>
<b>Fórmula</b>	Minutos totales invertidos en las consultas de Medicina de Familia / Pacientes atendidos por el médico de familia en el último año
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	6 minutos o más

<b>3.1.19</b>	<b>Tiempo de atención por paciente en consulta de Pediatría</b>
<b>Fórmula</b>	Minutos totales invertidos en las consultas de Pediatría/ Pacientes atendidos en consultas de Pediatría realizadas en el último año
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	7 minutos o más

<b>3.1.20</b>	<b>Proyecto organizativo del área administrativa de Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Proyecto organizativo realizado por el área administrativa en el EAP
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia
<b>Meta</b>	1 Proyecto por EAP (Puede estar realizado en común por varios EAP)

<b>3.1.21</b>	<b>Gestión de la derivación a Consultas Externas Hospitalarias desde Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Interconsultas presenciales solicitadas por los médicos de familia y pediatras a consultas externas hospitalarias y centros de especialidades registradas /Pacientes atendidos en Atención Primaria
<b>Fuente</b>	OMI/SELENE
<b>Meta</b>	Informe

<b>3.1.22</b>	<b>Gestión de solicitudes de pruebas complementarias desde Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pruebas complementarias solicitadas por los médicos de familia y pediatras en el último año/Pacientes atendidos Atención Primaria
<b>Fuente</b>	OMI/SELENE
<b>Meta</b>	Informe

### 3.2 Uso adecuado de los recursos.

<b>3.2.1</b>	<b>Rendimiento quirúrgico</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última intervención (Tiempo bruto)} \times 100}{\text{Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (Tiempo disponible)}}$
<b>Fuente</b>	SELENE - PIN
<b>Meta</b>	> 80%

<b>3.2.2</b>	<b>Suspensión de la intervención quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas con estado "suspendidas"} \times 100}{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas}}$
<b>Fuente</b>	SELENE - PIN
<b>Meta</b>	< 5%

<b>3.2.3</b>	<b>Adecuación de la estancia preoperatoria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos el mismo día o al día siguiente del ingreso x 100 / Pacientes ingresados para cirugía programada
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 20%

<b>3.2.4</b>	<b>Reingresos urgentes</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de Alta a domicilio con reingresos urgentes por cualquier causa en los 30 días siguientes al episodio índice x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

<b>3.2.5</b>	<b>Reingresos en cirugía</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador con reingreso urgente por cualquier causa en los 30 días siguientes al alta x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio por una cirugía con ingreso
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

<b>3.2.6</b>	<b>Reintervenciones en cirugía programada</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador que son reintervenidos de forma urgente en los 30 días siguientes a la intervención previa x 100 / Pacientes intervenidos mediante cirugía programada con ingreso
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

<b>3.2.7</b>	<b>Ingreso tras cirugía mayor ambulatoria (CMA)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos mediante CMA programada que son reintervenidos de forma urgente en los 30 días siguientes a la intervención previa x 100 / Pacientes intervenidos mediante CMA programa
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

<b>3.2.8</b>	<b>Readmisiones en urgencias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador que son readmitidos urgentes por cualquier causa en los 72 horas siguientes al episodio índice x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio en urgencias
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

<b>3.2.9</b>	<b>Readmisiones en urgencias con ingreso</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador readmitidos urgentes por cualquier causa en los 72 horas siguientes al episodio índice con ingreso x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio en urgencias
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	Menor o igual a la media del SMS

<b>3.2.10</b>	<b>Circuito del alta hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con informe de alta hospitalaria emitido antes de las 12 horas x 100/ Pacientes dados de alta en hospitalización en el día
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥60%

<b>3.2.11</b>	<b>Pacientes pendientes de ingreso en hospitalización desde urgencias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes pendientes de ingreso a las 8 horas en el Servicio de urgencias que ingresan en unidades de hospitalización antes de las 14:00 horas x 100/ Pacientes pendientes de ingreso en el Servicio de urgencias
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥40%

<b>3.2.12</b>	<b>Índice estancia media ajustada por funcionamiento (IEMA)</b>
<b>Fórmula</b>	Estancia media bruta del servicio/ Estancia media ajustada por funcionamiento del estándar
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	≤1

<b>3.2.13</b>	<b>Uso de historia clínica electrónica en consultas externas</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas médicas con algún registro (notas, formularios o informes) cumplimentado en Selene x 100 / Consultas médicas
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	Incremento de 20% o más

### 3.3 Incapacidad Temporal.

<b>3.3.1</b>	<b>Control de la Incapacidad Temporal (IT)</b>
<b>Fórmula</b>	Propuestas de altas médicas respondidas en plazo x 100 / Propuestas de altas médicas
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥75%

<b>3.3.2</b>	<b>Prevalencia de la incapacidad temporal (IT)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en situación de IT x 100/ Población activa
<b>Fuente</b>	ITESAN
<b>Meta</b>	<3,85%

### 3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta

<b>3.4.1</b>	<b>Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)</b>
<b>Fórmula</b>	Puntualidad 1: disponibilidad de la información del año en curso: Se realizará una actualización de la información de los CMBD en la aplicación informática (codificada o no), como mínimo, en la primera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero
	Puntualidad 2: la codificación de los CMBD, correspondientes a 2017, se cerrará antes del 1 de julio de 2018
	Calidad 1: en el CMBD anual la suma de episodios no remitidos, con diagnóstico o procedimiento no codificados o con diagnóstico principal inexistente será <5% de las altas, en términos de SIAE o ESCRI para el CMBD-AH y CMA
	Calidad 2: Cumplimentación válida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: Disponibilidad de información para la codificación: En el CMBD de Urgencias la suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica será inferior al 5%
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	100%
<b>Ponderación</b>	puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + calidad 1 x 80% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5%
<b>Periodicidad</b>	Trimestral y anual
<b>Desglose</b>	Gerencias de los hospitales

## Acuerdo de Gestión 2018

### Anexo 4

---

---

## Uso Racional de los Medicamentos

---

---



## 4.1 Medicina Familiar y Comunitaria.

### 4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.

<b>4.1.1.1 Importe por paciente ajustado por morbilidad y complejidad</b>	
<b>Fórmula</b>	Desvío en el importe de los productos farmacéuticos prescritos mediante receta médica en médicos de Medicina Familiar y Comunitaria/Paciente estratificado, respecto al valor del importe/Paciente estratificado en el Servicio Murciano de Salud el año anterior.
<b>Fuente</b>	Estratificación poblacional años 2016/2017. AdN-Farmacia
<b>Meta</b>	≤ 0

### 4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos.

<b>4.1.2.1 Antibióticos de amplio espectro/espectro reducido</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos de amplio espectro / DDD antibióticos espectro reducido, prescritos en Atención Primaria
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 100

<b>4.1.2.2 Nuevos medicamentos sin aportación relevante (NMSAR)</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD de NMSAR prescritos x 100 /DDD total de medicamentos prescritos
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 2%

<b>4.1.2.3 Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) respecto Bloqueadores del sistema renina angiotensina (BSRA)</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD de IECA solos o asociados con tiazidas prescritos x 100 /DDD de IECA y ARA-II solos o asociados con tiazidas prescritos
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica"
<b>Meta</b>	≥ 40%

<b>4.1.2.4 Antihipertensivos de elección (AHT)</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD de AHT recomendados x 100 / DDD total AHT (* ) Antihipertensivos de elección (solos y en asociación): atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol, hidroclorotiazida, amilorida, clortalidona, indapamida, captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril y amlodipina.
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 45%

<b>4.1.2.5 Antiasmáticos de larga duración asociados a corticoides</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD de B2-adrenérgicos de larga duración asociados a corticoides prescritos en Atención Primaria x 100 /DDD de antiasmáticos en Atención Primaria
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 25%

<b>4.1.2.6 Hipolipemiantes de elección</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD Simvastatina (C10AA01) + Pravastatina (C10AA03) + Atorvastatina (C10AA05) + Colestiramina (C10AC01) + Gemfibrozilo (C10AB04) + Fenofibrato (C10AB05) x 100 / DDD Agentes modificadores de lípidos (C10)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 75%

<b>4.1.2.7 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) de elección</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD Fluoxetina (N06AB03) + Citalopram (N06AB04) + Paroxetina (N06AB05) + Sertralina (N06AB06) x 100 / DDD Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 72%

<b>4.1.2.8 Bifosfonatos versus Denosumab en mujeres</b>	
<b>Fórmula</b>	Mujeres en tratamiento con Bifosfonatos x 100 / Mujeres en tratamiento con Bifosfonatos o Denosumab
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 65%

#### **4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos.**

<b>4.1.3.1 Antibióticos sistémicos</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 20

<b>4.1.3.2 Inhibidores de la bomba de protones</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de inhibidores de la bomba de protones (A02BC)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 110

<b>4.1.3.3 Antiinflamatorios no esteroides (AINE)</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de AINE (M01A)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 50

<b>4.1.3.4 Benzodiacepinas (ansiolíticos)</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de benzodiacepinas (N05BA)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 50

<b>4.1.3.5 SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de SYSADOA (Glucosamina, Diacereína, Condroitin sulfato y asociaciones)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 10

<b>4.1.3.6 Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)</b>	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), de fentanilo transmucoso
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 0,5

<b>4.1.3.7 Pacientes con Fentanilo transmucoso en indicaciones no oncológicas</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes tratados con fentanilo transmucoso que no tienen identificado en la historia clínica electrónica un proceso oncológico en el periodo x 100 / Pacientes tratados
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>4.1.3.8</b>	<b>Pacientes con 4 envases o más de Fentanilo transmucoso/mes</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes tratados con más de 4 envases de fentanilo transmucoso al mes x 100 / Pacientes tratados
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 10%

## 4.2 Pediatría de Atención Primaria.

### 4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos.

<b>4.2.1.1</b>	<b>Amoxicilina-clavulánico</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de amoxicilina-clavulánico prescrito en Pediatría x 100 /DDD de penicilinas prescritas en Pediatría
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>4.2.1.2</b>	<b>Macrólidos</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de macrólidos prescrito en Pediatría x 100 /DDD antibióticos sistémicos prescrito en Pediatría
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 9%

<b>4.2.1.3</b>	<b>Antagonistas receptores leucotrienos (antiasmáticos)</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de antagonistas de receptores de leucotrienos prescritos en Pediatría x 100 / DDD de antiasmáticos prescritos en Pediatría
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 14%

### 4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos.

<b>4.2.2.1</b>	<b>Antibióticos sistémicos en menores de 3 años</b>
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes menores de tres años y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en menores de tres años.
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 20

### 4.3 Salud Mental.

<b>4.3.1</b>	<b>Antipsicóticos depot en el área</b>
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), de antipsicóticos depot en el área de salud de referencia.
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 3

<b>4.3.2</b>	<b>Pacientes con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100 / Pacientes tratados con paliperidona depot
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 25%

### 4.4 Especialidades hospitalarias.

#### 4.4.1 Selección de medicamentos para la población del área de salud.

<b>4.4.1.1</b>	<b>Anticoagulantes antagonistas de la vitamina K (AVK) en el Área</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de acenocumarol y warfarina prescritos en el área x 100 /DDD anticoagulantes orales
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 65%

#### 4.4.2 Criterios de utilización de medicamentos en el SMS con receta.

<b>4.4.2.1</b>	<b>Volumen de exposición de la población a medicamentos</b>	<b>Meta</b>
4.4.2.1.1	Porcentaje de pacientes con Fentanilo transmucoso en indicaciones no oncológicas según registro en la historia clínica electrónica	≤ 50%
4.4.2.1.2	Porcentaje de pacientes con 4 envases o más de Fentanilo transmucoso/mes	≤ 10%

#### 4.4.3 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital.

<b>4.4.3.1</b>	<b>Desviación en el coste/paciente en patologías de alto impacto</b>
<b>Fórmula</b>	(Coste por paciente Hospital – Coste por paciente promedio SMS) / Desviación Estándar. En: VIH, ARTRITIS REUMATOIDE, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CROHN, PSORIASIS, MIELOMA MÚLTIPLE, ASMA MEDIADA POR IgE Y URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 1 SD

<b>4.4.3.2</b>	<b>Estudios de variabilidad en el uso de medicamentos</b>
<b>Fórmula</b>	Patologías de las incluidas en el SIAE de Farmacia Hospitalaria, sobre las que se realiza el análisis y actuaciones para evitar la variabilidad en el uso de medicamentos.
<b>Fuente</b>	Documento facilitado por la Gerencia.
<b>Meta</b>	2 estudios

#### 4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

<b>4.5.1</b>	<b>Receta Electrónica</b>
<b>Fórmula</b>	Recetas facturadas prescritas en receta electrónica x 100 / Recetas facturadas
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 75%

<b>4.5.2</b>	<b>Cumplimentación de formulario/Protocolos sometidos a evaluación de resultados en salud (Programa MERS)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en tratamiento con medicamentos incluidos en el programa MERS con formulario Selene cumplimentado x 100 / Pacientes en tratamiento con estos medicamentos
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	100%

<b>4.5.3</b>	<b>Apertura y funcionamiento de depósitos de medicamentos y productos sanitarios en centros de asistencia social del IMAS</b>
<b>Fórmula</b>	Depósitos que han iniciado su funcionamiento x 100/Centros de asistencia social del IMAS en el Área de Salud. Los centros del IMAS dependientes del HPRA iniciarán suministro de antipsicóticos depot, los depósitos se vincularán al nuevo SFH cuando esté finalizado
<b>Fuente</b>	Comunicación por la Gerencia a la DGAS de la fecha de inicio de funcionamiento del depósito
<b>Meta</b>	100%

<b>4.5.4</b>	<b>Biosimilares con receta médica</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de fármacos biosimilares prescritos mediante receta médica x 100 / DDD de fármacos con ATC que tengan alguna especialidad biosimilar prescritos mediante receta médica
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 10%

<b>4.5.5</b>	<b>Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones DGPIFAC x 100 / Pacientes tratados con medicamentos biológicos con disponibilidad de biosimilar
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥ 50%

<b>4.5.6</b>	<b>Pacientes que inician tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que inician tratamiento con biosimilar incluido en Resolución DGPIFAC x 100/ Pacientes que inician tratamiento con medicamento biológico del que se dispone de biosimilar incluido en Resolución
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	100%

<b>4.5.7</b>	<b>Servicios hospitalarios en los que la CAF-Área ha pactado condiciones de cambio de biológico original a biosimilar (switch)</b>
<b>Fórmula</b>	Servicios hospitalarios con los que se ha alcanzado un acuerdo para el cambio a biosimilar
<b>Fuente</b>	La Gerencia comunicará a la DGAS el número de servicios con los que se ha llegado a un acuerdo y las condiciones de los pactos alcanzados
<b>Meta</b>	≥ 2

<b>4.5.8</b>	<b>Plan de trabajo de la CAF-Área basado en la gestión de proyectos</b>
<b>Fórmula</b>	Disponibilidad del Plan de Trabajo en el periodo
<b>Fuente</b>	La documentación para la elaboración del Plan de Trabajo se entregó a las CAF-Área. La Gerencia entregará el documento elaborado a la DGAS Se recomienda el uso de la guía PMBOK (Project Management Body of Knowledge) de gestión de proyectos
<b>Meta</b>	Disponibilidad del Plan de Trabajo CAF primer trimestre 2018



## **Acuerdo de Gestión 2018**

### **Anexo 5**

---

# **PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES**

---



## 5.1. Formación sanitaria especializada.

<b>5.1.1</b>	<b>Requisito acreditación Unidades docentes: trabajo en equipo</b>
<b>Fórmula</b>	Sesiones clínicas conjuntas en dispositivos docentes de Unidades Docentes Multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios)/año
<b>Fuente</b>	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
<b>Meta</b>	4 sesiones clínicas conjuntas/año

<b>5.1.2</b>	<b>Requisito acreditación Unidades docentes hospitales/dispositivos docentes: publicaciones</b>
<b>Fórmula</b>	Publicaciones de las Unidades docentes/dispositivos docentes acreditados en las que participa el/los residentes/año
<b>Fuente</b>	Unidades docentes Acreditadas para la formación de residentes
<b>Meta</b>	1 publicación/año ó 2 comunicaciones/año Excepto aquellas Unidades que solo tienen R1, en donde no es necesaria la participación del residente

<b>5.1.3</b>	<b>Entrevistas tutor/residentes</b>
<b>Fórmula</b>	Tutores con residente asignado que realizan entrevistas periódicas al año con informe / Tutores con residente asignado
<b>Fuente</b>	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
<b>Meta</b>	4 entrevistas periódicas/ residente asignado

<b>5.1.4</b>	<b>Tareas/objetivos de las rotaciones del residente</b>
<b>Fórmula</b>	Horas de rotaciones con tareas u objetivos de aprendizaje definidos x 100/Rotaciones establecidas o aprobadas en la Guía de itinerario formativo (GUIF)
<b>Fuente</b>	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
<b>Meta</b>	100%

<b>5.1.5</b>	<b>Actualización Registro Tutores</b>
<b>Fórmula</b>	Tutores nombrados (con residente asignado) enviados a Registro x 100/ Tutores nombrados (con residente asignado)
<b>Fuente</b>	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
<b>Meta</b>	100% de los tutores nombrados

## 5.2. Formación continuada.

<b>5.2.1</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento de las acciones formativas del plan aprobado por Desarrollo Profesional</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones formativas del Plan de INAP realizadas (ediciones) x 100/Acciones formativas del Plan de INAP (ediciones) aprobadas por Desarrollo Profesional
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	≥ 80% de acciones (ediciones) ejecutadas

<b>5.2.2</b>	<b>Porcentaje de acciones formativas del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP ) realizadas hasta julio</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones formativas del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	70% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP

<b>5.2.3</b>	<b>Componente cualitativo</b>
<b>Fórmula</b>	Desviación del valor del componente cualitativo del organo acreditador de FC de la Región de Murcia de la Gerencia respecto al valor de partida
<b>Fuente</b>	Órgano acreditador de la Región de Murcia
<b>Meta</b>	1,90

<b>5.2.4</b>	<b>Horas de formación por empleado</b>
<b>Fórmula</b>	Horas de formación realizadas por la Gerencia / Profesionales fijos+ interinos + eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	0,30

<b>5.2.5</b>	<b>Formación por grupos profesionales en profesionales diferentes</b>
<b>Fórmula</b>	Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior (Para cada uno de los grupos: A1, A2, C1,C2, E)
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	≥ 65%

<b>5.2.6</b>	<b>Acreditación para realizar radiología intervencionista (nivel I y 2)</b>
<b>Fórmula</b>	Especialistas médicos acreditados que realizan radiología intervencionista x 100 / Profesionales que practican radiología intervencionista
<b>Fuente</b>	Registro de altas y bajas de médicos especialistas que lleven a cabo procedimientos de radiología intervencionista en instituciones sanitarias del ámbito público o privado Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	100 % de los profesionales acreditados

<b>5.2.7</b>	<b>Pertinencia de la Formación Continuada</b>
<b>Fórmula</b>	Actividades estratégicas (ediciones) realizadas x 100/Actividades estratégicas (ediciones) propuestas
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	100%



## Acuerdo de Gestión 2018

### Anexo 6

---

---

**CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL  
SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO  
CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO**

---

---



## 6.1 Presupuesto.

6.1.1	Gasto en sustituciones y gasto en personal eventual
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado.
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% . Presupuesto asignado: 9.262.678 ,00€

6.1.2	Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos hospitalarios x 100 / Presupuesto asignado en gasto de productos farmacéuticos hospitalarios
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 37.798.812,59 €

6.1.3	Gasto en material sanitario
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario.
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 20.075.045,45 €

6.1.4	Gasto en conciertos y autoconcierto
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto.
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 14.005.836,05 €

6.1.5	Gasto en receta farmacéutica
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 56.901.989,98 €

6.1.6	Facturación en convenios comunitarios
<b>Fórmula</b>	Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios.
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Facturación FISS
<b>Meta</b>	≥ 95% Objetivo asignado: 1.097.723,59 €

6.1.7	Recaudación en cobros a terceros
<b>Fórmula</b>	Objetivo ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Objetivo asignado en recaudación en cobros a terceros.
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
<b>Meta</b>	≥ 95% Objetivo asignado: 1.882.565,63 €

## 6.2 Otros indicadores de sostenibilidad

6.2.1	Ahorro presupuestario
<b>Fórmula</b>	(Sumatorio (Presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria de aquellas partidas en las que el gasto ejecutado ha sido inferior al presupuestado)) x 1000 / Presupuesto asignado total del área
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
<b>Meta</b>	Inferior a lo presupuestado

6.2.2	Gasto medio por prótesis implantada de traumatología
<b>Fórmula</b>	Diferencia entre los años 2017 y 2018 en gasto medio por prótesis implantada. Desagregado para prótesis de cadera, rodilla y hombro
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Precio medio más bajo obtenido por las Áreas de Salud en 2017

6.2.3	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) implantados
<b>Fórmula</b>	Diferencia entre los años 2017 y 2018 en gasto medio por paciente (historia clínica) en marcapasos y desfibriladores automáticos implantables. Desagregado por marcapasos y DAI
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Precio medio más bajo obtenido por las Áreas de Salud en 2017

6.2.4	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria
<b>Fórmula</b>	Tratamientos de dispensación ambulatoria valorados con precio medio inferior al precio medio del SMS x 100 / Tratamientos de dispensación ambulatoria valorados
<b>Fuente</b>	Información extraída de PIN
<b>Meta</b>	≥60%





Región de Murcia  
Consejería de Salud



Acuerdo de  
Gestión  
2018