

Acuerdo de Gestión 2018



Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias 061

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS	7
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	8
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1 MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	13
1.1 Calidad Percibida	15
1.2 Actualización de los Procesos Asistenciales	15
1.3 Mejora de la tipificación del nivel de urgencia de la llamada del 112	18
1.4 Calidad de los Sistemas de Información	18
1.5 Calidad de los Cuidados	19
1.6 Seguridad del paciente	19
1.6.1 Sistema de notificación de incidentes	19
1.6.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente	20
ANEXO 2 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	21
ANEXO 3 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	25
3.1 Formación continuada	27
3.2 Pertinencia de la formación continuada	28
ANEXO 4 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	29

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 **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 1).

2 **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 2).

3 **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 3).

4 **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 4).

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	Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión	450
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	150
3	Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.	100
4	Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.	300*

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

Subpartados	Porcentaje	Puntuación
Personal *	60%	180
Material sanitario	30%	90
Facturación a terceros	10%	30

* Personal:
- Sueldos Sustit. IT, Perm. Regl,
- Sueldos Sustir. Vac. Nominat.
- Sueldos Eventuales, Extr., Inve

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 D. Francisco Celdrán Gil, Gerente de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061

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 4 apartados:

1. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
2. Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
3. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
4. 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.

EL DIRECTOR GERENTE DE URGENCIAS Y
EMERGENCIAS SANITARIAS 061.

D. Asensio López Santiago.

D. Francisco Celdrán Gil.

Acuerdo de Gestión 2018

INDICADORES



Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 1

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA



1.1 Calidad Percibida.

1.1.1	Satisfacción en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la atención recibida por parte del 061x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Extrahospitalarias
Meta	80%

1.1.2	Accesibilidad en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción el tiempo que pasó desde que se hizo la llamada hasta que llegó el equipo de emergencias sanitarias x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Extrahospitalarias
Meta	80%

1.2 Actualización de los Procesos asistenciales.

1.2.1	Manejo avanzado de la vía aérea
Fórmula	1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores Aplica en UME
Fuente	Gerencia 061
Meta	1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.2	Resucitación cardiopulmonar
Fórmula	1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores Aplica en UME
Fuente	Gerencia 061
Meta	1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.3	Crisis convulsiva en el adulto
Fórmula	1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores Aplica en UME y SUAP
Fuente	Gerencia 061
Meta	1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.4	Atención al gran quemado
Fórmula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores. <p>Aplica en UME</p>
Fuente	Gerencia 061
Meta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.5	Atención telefónica en la Parada Cardiorrespiratoria
Fórmula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento en el Centro Coordinador de Urgencias 2. Evaluación de indicadores
Fuente	Gerencia 061
Meta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.6	Telecomunicaciones en emergencias sanitarias
Fórmula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento en el Centro Coordinador de Urgencias 2. Evaluación de indicadores
Fuente	Gerencia 061
Meta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.7	Faringoamigdalitis
Fórmula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores <p>Aplica en SUAP</p>
Fuente	Gerencia 061
Meta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.8	Anafilaxia
Fórmula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores <p>Aplica en UME y SUAP</p>
Fuente	Gerencia 061
Meta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.9	Otitis
Fórmula	1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores Aplica en SUAP
Fuente	Gerencia 061
Meta	1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.10	Insuficiencia cardiaca
Fórmula	1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores Aplica en UME y SUAP
Fuente	Gerencia 061
Meta	1. Informe debidamente documentado antes de 31 de mayo de 2018 2. Resultados de la evaluación a 30 de noviembre de 2018

1.2.11	Adecuación traslado a pacientes con SCACEST
Fórmula	Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 con indicación de angioplastia primaria que son trasladados a un hospital sin hemodinámica activa x 100 / Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 con indicación de angioplastia primaria
Fuente	ECHO2
Meta	0

1.2.12	Terapia fibrinolítica en tiempo adecuado en UME
Fórmula	Pacientes atendidos por SCACEST con indicación de terapia fibrinolítica cuyo primer contacto es la UME, con un intervalo de tiempo desde la llegada de la UME hasta la fibrinólisis de 30 minutos ó menos x 100 / Pacientes atendidos por SCACEST que han recibido terapia fibrinolítica
Fuente	Historia clínica 061
Meta	≥ 60%

1.2.13	Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061
Fórmula	Pacientes atendidos por SCACEST con realización de angioplastia primaria, cuyo tiempo desde la llegada de la unidad al lugar del aviso hasta la angioplastia es de 90 minutos o menos x 100 / Pacientes atendidos por SCACEST con realización de angioplastia primaria
Fuente	CMBD e Historia clínica 061
Meta	Propuesta ≥ 60%

1.3 Mejora de la tipificación del nivel de urgencia de la llamada al 112.

1.3.1	Adecuación del Sistema experto para el triaje telefónico
Fórmula	Acciones de mejora realizadas y documentadas sobre la clasificación del nivel de urgencia de la llamada con tipificación A (1,2,3,4,5)
Fuente	Gerencia 061
Meta	Evaluación del grado de concordancia entre Atención de llamada 112 y CCU-061 a 31 de marzo de 2018 Identificación de las medidas correctoras a 31 de mayo de 2018 Reevaluación a 30 de noviembre de 2018

1.4 Calidad de los Sistemas de información.

1.4.1	Historia clínica con datos administrativos en SUAP
Fórmula	Asistencias exteriores realizadas con registro en la Historia Clínica de los datos que permitan identificar al paciente, la unidad y número de aviso x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥90%

1.4.2	Historia clínica con los tiempos de activación en SUAP
Fórmula	Asistencias exteriores realizadas con registro en la Historia Clínica de la hora de llegada al lugar de la asistencia y de llegada al hospital (en caso de traslado) x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥90%

1.4.3	Historia clínica con datos clínicos en SUAP
Fórmula	Asistencias exteriores realizadas con registro en la Historia Clínica de anamnesis, exploración física, constantes, procedimientos realizados, juicio clínico y código CIE-10-MC x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥90%

1.4.4	Historia clínica con datos administrativos en UME
Fórmula	Asistencias realizadas con registro en la Historia Clínica de los datos que permitan identificar al paciente, la Unidad y número de aviso x 100 / Asistencias realizadas
Fuente	Historia clínica UME
Meta	≥90%

1.4.5	Historia clínica con los tiempos de activación en UME
Fórmula	Asistencias realizadas con registro en la Historia Clínica de la hora de llegada al lugar de la asistencia y de llegada al hospital (en caso de traslado) x 100 / Asistencias realizadas
Fuente	Historia clínica UME
Meta	≥90%

1.4.6	Historia clínica con datos clínicos en UME
Fórmula	Asistencias realizadas con registro en la Historia Clínica de anamnesis, exploración física, constantes, procedimientos realizados, juicio clínico y código CIE-10-MC x 100 / Asistencias realizadas
Fuente	Historia clínica UME
Meta	≥90%

1.4.7	Transferencia de pacientes
Fórmula	Asistencias realizadas que se derivan al hospital con registro en la historia clínica de la identificación de médico y enfermero de la unidad, e identificación de médico y enfermero receptor x 100 / Total de asistencias realizadas que se derivan al hospital Desagregado en SUAP y UME
Fuente	Historia clínica SUAP y UME
Meta	≥80%

1.5 Calidad de los Cuidados.

1.5.1	Plan de cuidados de cuidados de enfermería en el SUAP
Fórmula	Asistencias del servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) con valoraciones, objetivos e intervenciones de enfermería realizadas en la historia de continuidad de cuidados x 100 / Total de asistencias realizadas por el SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥50%

1.5.2	Continuidad de cuidados de enfermería en el SUAP
Fórmula	Asistencias del servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) con valoraciones, objetivos e intervenciones de enfermería realizadas en la historia continuidad de cuidados x 100 / Total de asistencias realizadas por el SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥50%

1.6 Seguridad del paciente.

1.6.1 Sistema de notificación de incidentes.

1.6.1.1	Análisis de incidentes notificados
Fórmula	Análisis del evento o incidente con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización.
Fuente	SINAPS, notificaciones de hospitales que llegan a Gerencia 061, intranet 061, comunicaciones escritas dirigidas a la Gerencia 061
Meta	Informe

1.6.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente.

1.6.2.1	Implantación del plan de seguridad del paciente en UME y SUAP
Fórmula	UMEs y SUAPs que designan a dos referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100/ UMEs y SUAPs
Fuente	Gerencia 061
Meta	100%

1.6.2.2	Conservación y temperatura de medicamentos en UME y SUAP
Fórmula	Unidades donde se realiza el control diario de temperatura x 100 / Unidades Desagregado por UME y SUAP
Fuente	Diarios de las Unidades
Meta	75%

1.6.2.3	Control y mantenimiento de los almacenes en UME y SUAP
Fórmula	Unidades donde se realiza el registro de control semanal de los almacenes x 100 / Unidades Desagregado por UME y SUAP
Fuente	Registro control de almacenes
Meta	75%

1.6.2.4	Control y mantenimiento de los carros de parada en SUAP
Fórmula	Unidades SUAP donde se realiza la revisión diaria del carro de parada x 100 / Unidades SUAP
Fuente	Registro control de carros de parada SUAP
Meta	75%

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 2

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

2.1	Tiempos de respuesta del 061 ante las Urgencias y Emergencias clasificadas como prioridad A1
Fórmula	Asistencias con prioridad A1 realizadas en menos de 15 minutos, excluyendo las unidades en crona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A 1
Fuente	ECHO e Historia clínica 061
Meta	90%

2.2	Tiempos de respuesta del 061 ante las Urgencias y Emergencias clasificadas como prioridad A2
Fórmula	Asistencias con prioridad A2 realizadas en menos de 30 minutos, excluyendo las unidades en crona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A 2
Fuente	ECHO e Historia clínica 061
Meta	90%

2.3	Gestión del transporte sanitario interhospitalario (TIH) en la modalidad Urgente o Emergente por el 061
Fórmula	TIH que cumplen los indicadores (01, 02, 03, 04, 05, 06, 07) x 100 / Transportes secundarios efectuados
Subindicadores	<p>2.3.01 Identificación en la Carta de Llamada de la causa motivo del transporte y los Servicios hospitalarios emisores y receptores</p> <p>2.3.02 Intervalo de tiempo entre la hora en que se asigna y activa el recurso (estado A) y la hora de llegada al centro receptor (estado B) es menor o igual a 180 minutos dentro de la Región</p> <p>2.3.03 Tiempo de asignación del recurso desde que se transfiere la demanda de transporte desde el Servicio de atención de llamada del 112 a la mesa de transporte de CCU 061 es menor a 5 minutos, siempre que existan unidades disponibles</p> <p>2.3.04 Tiempo de llegada al centro emisor no superior a quince minutos (emergencias) o treinta minutos (urgente)</p> <p>2.3.05 Número de traslados urgentes y emergentes efectuados por cada mil servicios asignados por el CCU</p> <p>2.3.06 Pacientes trasladados sin resultado de fallecimiento durante el traslado</p> <p>2.3.07 Complimentación correcta de la Historia Clínica: Identificación paciente y profesionales, registro de intervenciones efectuadas durante el traslado</p>
Fuente	ECHO e Historia clínica 061
Meta	100%

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 3

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES



3.1 Formación continuada.

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

3.1.2	Componente cualitativo
Fórmula	Desviación del valor del componente cualitativo del órgano acreditador de Formación Continuada de la Región de Murcia de la Gerencia respecto al valor de partida
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	1,9

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

3.1.4	Horas de formación por empleado
Fórmula	Horas INAP de formación / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales al final de año anterior
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	0,30

3.1.5	Porcentaje de profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
Fórmula	Profesionales distintos x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior (Para cada uno de los grupos: A1, A2, C1,C2, E)
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥65%

3.2 Pertinencia de la formación continuada.

3.2.1	Pertinencia de la Formación Continuada
Fórmula	Actividades estratégicas (ediciones) realizadas x 100 / Actividades estratégicas (ediciones) propuestas
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	100% de las actividades propuestas

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 4

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



4.1	Gasto en sustituciones y gasto en personal eventual
Fórmula	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 8.035.348,00€

4.2	Gasto en material sanitario
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 565.429,67€

4.3	Facturación en convenios comunitarios
Fórmula	Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Facturación FISS
Meta	100% Objetivo asignado: 132.658,24€

4.4	Recaudación en cobros a terceros
Fórmula	Objetivo ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Objetivo asignado en recaudación en cobros a terceros
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
Meta	100% Objetivo asignado: 2.198.724,69€



**Acuerdo de
Gestión
2018**