

Acuerdo de Gestión 2019



Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias 061



Región de Murcia
Consejería de Salud



INDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1. MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	13
1.1 Actualización de los Procesos asistenciales.	15
1.1.1. Manejo avanzado de la vía aérea en UME.	15
1.1.2 Resucitación cardiopulmonar en UME	15
1.1.3 Crisis convulsivas en el adulto en UME.	16
1.1.4 Atención al gran quemado en UME.	17
1.1.5 Parada cardiorrespiratoria guiada por teléfono.	18
1.1.6 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias.	19
1.1.7 Atención a la Faringoamigdalitis en SUAP.	20
1.1.8 Anafilaxia en UME.	21
1.1.9 Otitis en SUAP.	21
1.1.10 Atención a la Insuficiencia cardíaca en UME.	23
1.1.11 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).	24
1.1.12 Atención al Ictus en UME.	24
1.3 Mejora de la tipificación del nivel de urgencia de la llamada del 112	25
1.4 Calidad de los Sistemas de Información	25
1.5 Calidad de los Cuidados	26
1.6 Seguridad del paciente	26
1.6.1 Sistema de notificación de incidentes.	26
1.6.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente.	27
ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	29
ANEXO3 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	33
3.1 Formación especializada	35
3.2 Formación continuada	35
ANEXO 4. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	37

INTRODUCCIÓN

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 2019 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2019
1	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	450
2	Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.	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:

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

* Personal: Gasto en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual

La Gerencia dispondrá de la financiación adecuada con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Acuerdo de Gestión 2019. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas que tengan repercusión económica en el presupuesto del Área para el presente ejercicio. Para ello deberán tener el carácter de “Nueva Acción” que incluya los objetivos y actividades previstas así como el informe de la Subdirección General de Asuntos Económicos y ser aprobadas por el Gerente del Servicio Murciano de Salud”.

2. Seguimiento y Evaluación

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.

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 2019, 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 2019 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 2019.

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 25 de febrero de 2019.

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 2019

INDICADORES

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 1

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA



1.1 Actualización de los Procesos asistenciales.

1.1.1 Manejo avanzado de la vía aérea en UME.

1.1.1.1	Tiempo de respuesta en intubaciones rápidas
Fórmula	Asistencias con Secuencias de intubación rápida realizadas cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100/ Asistencias con secuencias de intubación rápida realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 95%

1.1.1.2	Actuación clínica adecuada
Fórmula	Paciente con realización de secuencia de intubación rápida ajustada a protocolo X 100/Total de secuencias de intubación rápida realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	100%

1.1.1.3	Registro de capnografía
Fórmula	Pacientes a los que se les ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de capnografía X 100/ Total de pacientes con intubaciones orotraqueales realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 65%

1.1.1.4	Registro de parámetros de ventilación post intubación orotraqueal
Fórmula	Pacientes a los que se les ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de los parámetros de ventilación post-intubación (modo, frecuencia y relación tiempo inspiración/tiempo espiración) x 100 / Pacientes con intubaciones orotraqueales realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 85%

1.1.2 Resucitación cardiopulmonar en UME

1.1.2.1	Tiempo de respuesta en la resucitación cardiorrespiratoria
Fórmula	Asistencias de resucitación cardiorrespiratoria realizadas cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100/ Asistencias de resucitación cardiorrespiratoria realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90%

1.1.2.2	Actuación clínica adecuada en la resucitación cardiorrespiratoria
Fórmula	Paciente con realización de resucitación cardiorrespiratoria ajustada a protocolo X 100 / Pacientes atendidos con paradas cardiorrespiratorias
Fuente	Gerencia 061
Meta	100%

1.1.2.3	Recuperación de circulación
Fórmula	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con recuperaciones de circulación x 100/ Pacientes con parada cardiorrespiratoria
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 4%

1.1.3 Crisis convulsivas en el adulto en UME.

1.1.3.1	Antecedentes de epilepsia previa registrados
Fórmula	Pacientes atendidos por episodios de crisis convulsivas en los que se registra en su historia clínica el antecedente de epilepsia previa X 100 / Total de pacientes atendidos por crisis convulsiva
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 95 %

1.1.3.2	Recogida de datos en anamnesis
Fórmula	Pacientes atendidos con crisis convulsivas que tienen recogido en su historia clínica las características de la crisis convulsiva (duración y recuperación de la misma) x100 / Pacientes atendidos con crisis convulsivas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70 %

1.1.3.3	Exploración física registrada
Fórmula	Pacientes atendidos con crisis convulsivas que tienen registrada en su historia clínica se les ha realizado la exploración física del paciente x100 / Pacientes atendidos con crisis convulsivas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.3.5	Tratamiento del paciente con convulsiones
Fórmula	Pacientes atendidos por crisis convulsiva con administración de tratamiento ajustado a los protocolos asistenciales X 100 / Total de pacientes atendidos con crisis convulsivas atendidas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.3.6	Derivación a atención hospitalaria
Fórmula	Pacientes atendidos por crisis convulsiva derivados al hospital x 100/ Pacientes atendidos por crisis convulsivas
Fuente	Gerencia 061
Meta	100%

1.1.4 Atención al gran quemado en UME.

1.1.4.1	Tiempo de respuesta en el paciente con quemaduras
Fórmula	Episodios de quemaduras atendidas Asistencias quemaduras realizadas cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100/ Episodios de quemaduras atendidas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.4.2	Causa del evento que produjo la quemadura
Fórmula	Pacientes atendidos con quemaduras con registro de la causa de la quemadura en su historia clínica x100 / Pacientes atendidos con quemaduras
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.4.3	Superficie total quemada
Fórmula	Pacientes atendidos con quemaduras con registro de la superficie total de la quemadura en su historia clínica x100 / Pacientes atendidos con quemaduras
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.4.4	Paciente Gran quemado
Fórmula	Pacientes atendidos con quemaduras con diagnóstico de paciente gran quemado en su historia clínica x100 / Pacientes atendidos con quemaduras
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.4.5	Tratamiento del paciente gran quemado
Fórmula	Pacientes atendidos con quemaduras en los que se aplica tratamiento según los protocolos clínicos establecidos para ello X 100 / Pacientes atendidos con quemaduras
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.4.6	Derivación a Unidad de Quemados
Fórmula	Pacientes atendidos con quemaduras mayores (paciente gran quemado) que son derivados a la Unidad de quemados x 100/Pacientes atendidos con quemaduras mayores (paciente gran quemado)
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.5 Parada cardiorrespiratoria guiada por teléfono.

1.1.5.1	Asistencia telefónica del Parada Cardiorrespiratoria
Fórmula	Llamadas clasificadas como Parada Cardiorrespiratoria en las que se ha dado indicación de Reanimación cardiopulmonar telefónica x 100 / Total de llamadas clasificadas como como Parada Cardiorrespiratoria telefónica
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.5.2	Actuación clínica adecuada a protocolo clínico
Fórmula	Reanimaciones cardiopulmonares telefónicas con actuación ajustada al procedimiento x 100/ Total de reanimaciones cardiopulmonares telefónicas realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.5.3	Mantener en línea hasta llegada de unidad
Fórmula	Total de reanimaciones cardiopulmonares telefónicas realizadas en las que se mantiene la línea hasta la llegada de la unidad de Soporte Vital Avanzado x 100 / Total de reanimaciones cardiopulmonares telefónicas realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 50 %

1.1.5.4	Verificación de la llegada de la unidad
Fórmula	Total de reanimaciones cardiopulmonares telefónicas realizadas que se mantienen en línea hasta que se confirma que llega la Unidad de Soporte Vital Avanzado al lugar x 100 / Total de reanimaciones cardiopulmonares telefónicas realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 50 %

1.1.6 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias.

1.1.6.1	Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades UME
Fórmula	Número de acciones asistenciales encomendadas a unidades UME en los que conste destino final del paciente, ya sea a centro hospitalario o alta in situ X100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 75%. Primera medición

1.1.6.2	Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades SUAP
Fórmula	Número de acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en los que conste destino final del paciente, ya sea a centro hospitalario o alta in situ X100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90%. Primera medición

1.1.6.3	Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades ANA (ambulancias no asistenciales)
Fórmula	Número de acciones asistenciales encomendadas a unidades ANA en los que conste destino final del paciente X 100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades ANA
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90%. Primera medición

1.1.6.4	Codificación del proceso diagnosticado en UME
Fórmula	Número de acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME en los que figure el código CIE-10 del proceso diagnosticado X 100/Total de acciones asistenciales encomendadas a unidades UME
Fuente	Gerencia 061
Meta	Primera medición

1.1.6.5	Codificación del proceso diagnosticado en SUAP
Fórmula	Número de asistencias realizadas por unidades SUAP con código CIE-10 del proceso diagnosticado asociado a paciente X 100 / Asistencias realizadas por unidades SUAP
Fuente	Gerencia 061
Meta	Primera medición

1.1.7 Atención a la Faringoamigdalitis en SUAP.

1.1.7.1	Exploración de la faringe
Fórmula	Paciente con exploración de la faringe adecuada x 100/ Pacientes atendidos con faringoamigdalitis
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.7.2	Adecuación al diagnóstico
Fórmula	Paciente con diagnóstico de faringoamigdalitis adecuado a los Criterios Centor x100/ Pacientes atendidos de faringoamigdalitis
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70 %

1.1.7.3	Tratamiento en la faringoamigdalitis
Fórmula	Paciente atendidos de faringoamigdalitis con tratamiento adecuado a etiología x100/ Pacientes atendidos de faringoamigdalitis
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70 %

1.1.7.4	Pacientes con faringoamigdalitis derivados al Hospital
Fórmula	Paciente atendidos de faringoamigdalitis con indicación de derivación adecuada al hospital x 100/ Pacientes atendidos de faringoamigdalitis derivados al hospital
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.7.5	Pacientes con faringoamigdalitis derivados a Otorrinolaringología
Fórmula	Paciente atendidos de faringoamigdalitis que tienen criterios de derivación a ORL y son derivados x 100/ Pacientes atendidos de faringoamigdalitis con criterios de derivación a Otorrinolaringología
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.8 Anafilaxia en UME.

1.1.8.1	Contacto con el alérgeno
Fórmula	Pacientes atendidos por anafilaxia en los que consta el contacto con el alérgeno X100/ Total de pacientes atendidos con diagnóstico de anafilaxia
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 95 %

1.1.8.2	Adecuación al diagnóstico de anafilaxia
Fórmula	Pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos en los que se ha realizado un adecuado diagnóstico x100/Total de pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.8.3	Tratamiento en la anafilaxia
Fórmula	Pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos en los que se ha realizado un adecuado tratamiento x100/ Total de pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.8.4	Traslado al Hospital
Fórmula	Paciente con diagnóstico de anafilaxia atendidos con derivación hospitalaria adecuada x 100/ Total de pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.9 Otitis en SUAP.

1.1.9.1	Exploración oído OTITIS EXTERNA
Fórmula	Pacientes con otitis externa con inspección y palpación auricular realizada x 100/ Pacientes con otitis externa
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.9.2	Realización de otoscopia OTITIS EXTERNA
Fórmula	Pacientes con otitis externa con otoscopia realizada x 100/ Pacientes con otitis externa
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.9.3	Adecuado diagnóstico en OTITIS EXTERNA
Fórmula	Paciente con diagnóstico de otitis externa adecuado x100/ Pacientes con Otitis externa atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70 %

1.1.9.4	Adecuado tratamiento en OTITIS EXTERNA
Fórmula	Paciente con tratamiento de otitis externa adecuado al diagnóstico establecido x100/ Pacientes con otitis externa atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70 %

1.1.9.5	Adecuación de la valoración de OTITIS MEDIA
Fórmula	Paciente con valoración de otitis media adecuada x 100/ Pacientes con otitis media atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.9.6	Adecuado diagnóstico en OTITIS MEDIA
Fórmula	Paciente con diagnóstico de otitis media adecuado x100/ Pacientes con otitis media atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.9.7	Adecuado tratamiento en OTITIS MEDIA
Fórmula	Paciente con tratamiento de otitis media adecuado al diagnóstico establecido x100/ Pacientes con otitis media atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 75 %

1.1.9.8	Criterios de derivación hospitalaria de OTITIS MEDIA
Fórmula	Pacientes con diagnóstico de otitis media derivados al hospital que cumplen criterios de derivación hospitalaria X 100 /Total de pacientes con otitis media derivados al hospital
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.10 Atención a la Insuficiencia cardíaca en UME.

1.1.10.1	Tiempo de respuesta en el paciente con insuficiencia cardíaca
Fórmula	Asistencias de insuficiencias cardíacas realizadas cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100/ Total de Insuficiencias Cardíacas atendidas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 95 %

1.1.10.2	Historia clínica cumplimentada
Fórmula	Pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos con realización de historia clínica adecuada x100/ Total de pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70 %

1.1.10.3	Electrocardiograma (ECG) realizado
Fórmula	Pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos y ECG realizado x100/ Total de pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 90 %

1.1.10.4	Monitorización del paciente con Insuficiencia cardíaca
Fórmula	Pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos a los que se les realiza una monitorización adecuada x100/ Total de pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.10.5	Tratamiento del paciente con Insuficiencia cardíaca
Fórmula	Pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos con tratamiento realizado x100/ Total de pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.10.6	Traslado al hospital del paciente con Insuficiencia cardíaca
Fórmula	Pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos con derivación hospitalaria x 100/ Total de pacientes con Insuficiencia cardíaca atendidos
Fuente	Gerencia 061
Meta	100 %

1.1.11 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

1.1.11.1	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

1.1.11.2	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%

1.1.11.3	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	≥ 80%

1.1.12 Atención al Ictus en UME.

1.1.12.1	Código Ictus
Fórmula	1. Revisión del proceso y definición de indicadores de seguimiento 2. Evaluación de indicadores
Fuente	Gerencia 061
Meta	1. Informe debidamente documentado antes del 31 de Mayo de 2019 2. Resultados de la evaluación a 30 de Noviembre de 2019

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	Implantación de las medidas correctoras y reevaluación a 30 de noviembre de 2019
Fuente	Gerencia 061
Meta	Informe

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	≥95%

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 x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥95%

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	≥95%

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 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	≥90%

1.5 Calidad de los Cuidados.

1.5.1	Plan de cuidados de cuidados de enfermería en el SUAP
Fórmula	Asistencias realizadas por SUAP con valoraciones, objetivos e intervenciones de enfermería registradas en la continuidad de cuidados de la historia clínica x 100 / Total de asistencias realizadas por el SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥70%

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%

REFERENTES DE CALIDAD Y SEGURIDAD.

Se designa a las personas adscritas a Unidades o SUAP 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 UME o SUAP.
- Conocer y difundir los objetivos en Calidad y Seguridad que figuran en el Pacto de Gestión de su UME o SUAP.
- 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 UME o SUAP.

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	85%

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	95%

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	95%

Acuerdo de Gestión 2019

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	95%

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 2019

Anexo 3

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

3.1 Formación especializada.

3.1.1	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes
Fórmula	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes elaborado entre los responsables de Urgencias y la Comisión de docencia
Fuente	Gerencia
Meta	Informe: Procedimiento de implementación de los protocolos de supervisión de los residentes

3.2 Formación continuada

3.2.1	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 en la Comisión Paritaria de Formación Continua
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥ 80% de acciones (ediciones) ejecutadas, de las aprobadas

3.2.3	Porcentaje de acciones formativas (ediciones) del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio
Fórmula	Acciones formativas (ediciones) del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥ 65% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP

3.2.4	Horas INAP de formación por empleado
Fórmula	Horas INAP de formación realizadas por la Gerencia / Profesionales fijos+ interinos + eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	0,30 horas/empleado

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
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	≥50%

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 4

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



4.1	Gasto en plantilla, 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: 43.316.559 €

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: 559.121,67€

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	≥ 80% Objetivo asignado: 150.000 €

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	≥ 80% Objetivo asignado: 2.200.000 €

4.5	Ahorro presupuestario
Fórmula	(Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria)) x 1000 / Presupuesto asignado total del área
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
Meta	Inferior a lo presupuestado





Acuerdo de
Gestión
2019