





## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1. DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS 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
2.2.1 Código Infarto	22
2.2.2 Atención al Parto	22
2.2.3 Impulsar la lactancia materna	23
2.2.4 Cáncer	23
2.2.6 Ictus isquémico	24
2.2.7 Cuidados hospitalarios	24
2.2.8 Comisiones Clínicas	25
2.2.9 Sostenibilidad medioambiental	25
2.3 Cuidados paliativos	26
2.4 Indicadores de “No hacer”	26
2.5 Atención Primaria	28
2.5.1 Atención al niño	28
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	29
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus	30
2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares	31
2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	31
2.5.8 Atención grupal y comunitaria	32
2.5.9 Inmunizaciones programadas	32
2.5.10 Continuidad asistencial	33
2.6 Seguridad del paciente	33
2.6.1 Programas IRAS-PROA del Área	33
2.6.2 Programa PROA	37
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico	37
2.6.4 Seguridad de los medicamentos	39
2.7 Salud mental	39
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	41
3.1 Accesibilidad	43
3.2 Uso adecuado de los recursos	45
3.3 Incapacidad temporal	46
3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta	47
ANEXO 4. USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS	49
4.1 Medicina Familiar y Comunitaria	51
4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica	51
4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos	51
4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	52

4.2 Pediatría en Atención Primaria	53
4.2.1 Calidad basada en la selección de medicamentos	53
4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	54
4.3 Salud mental	54
4.4 Especialidades hospitalarias	55
4.4.1 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital	55
4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud	56
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	57
5.1 Formación sanitaria especializada	59
5.2 Formación continuada	59
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	61
6.1 Presupuesto	63

## 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 apropiadoizar 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. Asimismo, se realizarán Pactos de Gestión en el resto de unidades de gestión del Área de Salud. (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 apropiado de los medicamentos.**

El uso apropiado 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 2020 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		<b>2020</b>
<b>1</b>	<b>Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.</b>	150
<b>2</b>	<b>Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.</b>	280
<b>3</b>	<b>Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.</b>	220
<b>4</b>	<b>Uso apropiado de los medicamentos.</b>	100
<b>5</b>	<b>Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.</b>	50
<b>6</b>	<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:

<b>Código</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Puntos</b>
6.1.1	Personal	22,5	45
6.1.2	Gasto en Farmacia Hospitalaria	15	30
6.1.11	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria	5	10
6.1.12	Precios medios en el total de tratamientos seleccionados	2,5	5
6.1.3	Gasto en material Sanitario	17,5	35
6.1.9	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatología	1,25	2,5
6.1.9.1	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatología sobre gasto medio SMS	1,25	2,5
6.1.10	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables	1,25	2,5
6.1.10.1	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables sobre gasto medio SMS	1,25	2,5
6.1.4	Gasto en Conciertos y Auto conciertos	22,5	45
6.1.5	Gasto en receta Farmacéutica	5	10
6.1.6	Facturación en convenios comunitarios	2	4
6.1.7	Recaudación en cobros a terceros	3	6
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>200</b>

La Gerencia dispondrá de la financiación adecuada con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Acuerdo de Gestión 2020. 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. José Francisco Sedes Romero, Director Gerente del Área de Salud II.

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2020, 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 2020 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 2020.

### Tercera - Objetivos

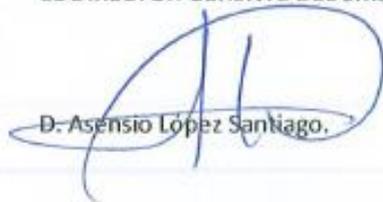
Son los contenidos en el apartado "Objetivos", y sus correspondientes indicadores, agrupados en 6 apartados:

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 apropiado 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.

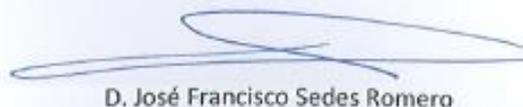
En Murcia, a 19 de febrero de 2020.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS



D. Asensio López Santiago.

EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD II



D. José Francisco Sedes Romero



# **Acuerdo de Gestión 2020**

---

---

## **INDICADORES**

---

---



# **Acuerdo de Gestión 2020**

## **Anexo 1**

---

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

---



1.1.1	Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud
<b>Fórmula</b>	<p>1.1.1.1 Número de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria y Servicios/Unidades NO asistenciales que firman Pactos de Gestión con su Gerencia de Área y además, a excepción de los Servicios/Unidades NO asistenciales, tienen designados a los referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100 / Total de Servicios/Unidades asistenciales y No asistenciales y Equipos de Atención Primaria de la Gerencia de Área</p> <p>1.1.1.2 Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos del Área de Salud</p> <p>1.1.1.3 Número de Pactos en los que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos x 100 / Total de Pactos del Área de Salud</p>
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	<p>100% en cada uno de los subindicadores.</p> <p>El total de la puntuación asignada a este indicador (150) se distribuirá con los pesos siguientes para cada subindicador:</p> <p>1.1.1.1: 25%</p> <p>1.1.1.2: 25%</p> <p>1.1.1.3: 50%</p>

## 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 2020

## 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:

2.1.1	Mejoras obtenidas en los indicadores seleccionados específicamente para cada Área	
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores anteriores x 100/valoraciones realizadas	
<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>	Porcentaje que se indica para cada indicador	
	Indicadores seleccionados	Meta
	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 Consultas Externas x100 / Valoraciones Realizadas	≥70%
	Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas	≥80%

2.1.2	Satisfacción en Atención Primaria
<b>Fórmula</b>	Usuarios que califican con 8 o más 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%

2.1.3	Accesibilidad general en Atención Primaria
<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>	≥75%

2.1.5	Satisfacción en el Área de Hospitalización
<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>	≥85%

<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>	≥85%

<b>2.1.7</b>	<b>Comida en el Área de Hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x100/Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.1.10</b>	<b>Satisfacción en el Área Obstétrica</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el hospital donde ingresaron para parir x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.1.11</b>	<b>Información en el Área Obstétrica</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos
<b>Meta</b>	≥85%

<b>2.1.12</b>	<b>Comida en el Área Obstétrica</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos
<b>Meta</b>	≥85%

<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>	≥80%

<b>2.1.14</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias</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>2.1.16</b>	<b>Identificación en el Área de Urgencias Hospitalarias</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 las 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>	≥80%

<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>	≥90%

<b>2.1.21</b>	<b>Satisfacción en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>
<b>Fórmula</b>	Padres que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital en el que estuvo ingresado su hijo/a x 100 / Total de valoraciones
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.1.22</b>	<b>Información en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.1.23</b>	<b>Organización en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
<b>Meta</b>	≥90%

## 2.2 Atención hospitalaria.

### 2.2.1 Código Infarto.

<b>2.2.1.1</b>	<b>Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde la puerta del hospital PCI (con capacidad de realizar angioplastia)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta del hospital PCI hasta la angioplastia es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST con realización de angioplastia primaria
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

### 2.2.2 Atención al Parto.

<b>2.2.2.1</b>	<b>Episiotomías en partos eutócicos</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía x 100 / Mujeres con parto eutócico
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 15%

<b>2.2.2.2</b>	<b>Partos por cesáreas</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres a las que se les ha practicado una cesárea x 100 / Mujeres con parto
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 22%

### 2.2.3 Impulsar la lactancia materna.

<b>2.2.3.1</b>	<b>Tasa de lactancia materna exclusiva al alta</b>
<b>Fórmula</b>	Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥75%

<b>2.2.3.3</b>	<b>Inicio temprano de la lactancia materna</b>
<b>Fórmula</b>	Recién nacidos que son amamantados en la primera hora de vida x 100 / Recién nacidos en gestantes de 37 a 41 semanas completas
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥75%

<b>2.2.3.4</b>	<b>Maternidad en programa de acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)</b>
<b>Fórmula</b>	Maternidad que alcanzan la fase de desarrollo de la IHAN (Fase 2D Hospitales) x 100 / Maternidades del SMS
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	100%

### 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>	Informe
<b>Meta</b>	≥95%

<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>	Informe
<b>Meta</b>	≥95%

## 2.2.6 Ictus isquémico.

2.2.6.2	Tiempo puerta-aguja en pacientes con Ictus isquémico
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta con Ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico en un tiempo inferior o igual a 60 minutos x 100 / Pacientes dados de alta con Ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥70%

## 2.2.7 Cuidados hospitalarios.

2.2.7.1	Valoración del paciente de la Acogida al ingreso
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta de hospitalización que valoran positivamente la Acogida realizada por el personal de Enfermería en el momento de su ingreso x 100 / Pacientes dados de alta que realizan valoración
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida
<b>Meta</b>	≥80%
Indicadores seleccionados	
	Pacientes a los que les informaron de las normas de funcionamiento del hospital, y que valoran como muy bien y bien esa información x 100 / Pacientes que realizan valoración
	Pacientes a los que el personal de enfermería se les presentó en el momento del ingreso x 100 / Pacientes que realizan valoración
	Pacientes que cuando ingresaron en el hospital, el personal de enfermería que le atendió les pregunto el nombre para confirmar su identidad x 100 / Pacientes que realizan valoración

2.2.7.5	Desarrollo UPP durante la estancia hospitalaria en pacientes identificados en riesgo
<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>	≤2,5%

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 en una unidad de hospitalización
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 80%

<b>2.2.7.8</b>	<b>Flebitis catéter venoso periférico</b>
<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>	<4%

<b>2.2.7.10</b>	<b>Informes de continuidad de cuidados al alta</b>
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 65%

<b>2.2.7.10.1</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta en maternidad</b>
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en maternidad con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en maternidad
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 60%

<b>2.2.7.10.2</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta en psiquiatría</b>
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en psiquiatría con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en psiquiatría
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%

## 2.2.8 Comisiones clínicas.

<b>2.2.8.1</b>	<b>Comisiones clínicas</b>
<b>Fórmula</b>	Numero de comisiones clínicas que se reúnen al menos 3 veces al año con asistencia de al menos el 50% de sus miembros x 100 / Número total de comisiones clínicas del Área
<b>Fuente</b>	Informe de Gerencia indicando las comisiones clínicas existentes y numero de reuniones con asistencia de al menos la mitad de los miembros.
<b>Meta</b>	≥ 50%

## 2.2.9 Sostenibilidad medioambiental.

<b>2.2.9.1</b>	<b>Certificación ISO 14.001:2015 Sistema de Gestión ambiental</b>
<b>Fórmula</b>	Realización de los trabajos correspondientes a la Fase Preparatoria para la obtención de la certificación ISO 14001:2015
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe de actividades realizadas debidamente documentado.

## 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>	≥70%

## 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 intervención quirúrgica en el periodo de estudio con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha realizado una radiografía de tórax dentro de los 6 meses anteriores a la intervención x 100 / Pacientes menores de 40 años con intervención quirúrgica en el periodo de estudio con bajo riesgo anestésico (ASA I o II)
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 10%

<b>2.4.6</b>	<b>Uso de paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática</b>
<b>Fórmula</b>	Envases de paracetamol 1g dispensados a través de receta oficial x 100/ Envases de paracetamol dispensados a través de receta oficial
<b>Fuente</b>	Cinta de facturación del COF
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>2.4.7</b>	<b>Determinación de PSA en pacientes asintomáticos sin antecedentes familiares</b>
<b>Fórmula</b>	Hombres de 50 o más años asintomáticos con determinación de PSA en los últimos 12 meses x 100/ Hombres de 50 o más años asintomáticos
<b>Fuente</b>	OMI, SELENE, MODULAB
<b>Meta</b>	≤ 30%

<b>2.4.8</b>	<b>Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulino dependientes</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia que NO toman insulina ni fármacos que provocan hipoglucemias x 100/ Pacientes a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia
<b>Fuente</b>	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 30%

<b>2.4.10</b>	<b>Reevaluación de anticuerpos tiroideos en disfunción tiroidea</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con una determinación positiva anterior de anticuerpos antitiroideos x 100/ Pacientes con una determinación positiva de anticuerpos antitiroideos
<b>Fuente</b>	SELENE, MODULAB
<b>Meta</b>	≤ 20%

<b>2.4.11</b>	<b>Uso rutinario de un inhibidor directo de la renina asociado con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARAI)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que se dispensa a través de receta oficial un inhibidor directo de la renina asociado a un IECA o ARA II x 100/ Pacientes a los que se dispensa a través de receta oficial un inhibidor directo de la renina
<b>Fuente</b>	SELENE, MODULAB, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 25%

<b>2.4.12</b>	<b>Repetición de la realización de la densitometría ósea (DEXA) en tratamiento de la osteoporosis</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con osteoporosis que tienen 2 densitometrías óseas (DEXA) en un intervalo de 2 años o menos x 100/ Pacientes con osteoporosis a los que se ha realizado una densitometría ósea (DEXA)
<b>Fuente</b>	OMI, SELENE
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>2.4.13</b>	<b>Uso de dos o más antiinflamatorios no esteroides (AINEs) de manera simultánea</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes de 18 años o más a los que se dispensa 2 o más AINEs de manera simultánea a través de receta oficial x 100/ Pacientes de 18 años o más a los que se dispensa AINEs a través de receta oficial
<b>Fuente</b>	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 5%

<b>2.4.14</b>	<b>Uso de benzodiazepinas en pacientes mayores de 75 años</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 75 años a los que se dispensa benzodiazepinas a través de receta oficial x 100/ Pacientes mayores de 75 años
<b>Fuente</b>	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 20%

## 2.5 Atención Primaria.

### 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 periodo de evaluación
<b>Fuente</b>	OMI, CIVITAS
<b>Meta</b>	≥40%

<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 en los últimos 2 meses x 100 / Niños/as de 6 meses
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.5.1.3</b>	<b>Equipos de Atención Primaria en programa de acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)</b>
<b>Fórmula</b>	Equipos de Atención Primaria que alcanzan la fase de desarrollo de la IHAN (Fase 2D Centros de Salud) x 100 / Equipos de Atención Primaria
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	≥60%

<b>2.5.1.4</b>	<b>Detección e intervención ante el sobrepeso/obesidad en la infancia</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as entre 2 y 14 años con percentil del índice de masa corporal mayor o igual a 85 incluidos en seguimiento en Programa de sobrepeso/obesidad infantil en atención Primaria x 100 / Niños/as entre 2 y 14 años con percentil del índice de masa corporal mayor o igual a 85
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

### 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 de 40 años o más con diagnóstico nuevo de EPOC en los últimos 12 meses con FEV1/FCV inferior a 0,7 en espirometría postbroncodilatación x 100 / Pacientes de 40 años o más 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 de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥25%

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

<b>2.5.3.4</b>	<b>Registro de hábito tabáquico en pacientes con EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC y registro de hábito tabáquico en los últimos 5 años x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.5.3.5</b>	<b>Valoración del hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes fumadores de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que tienen realizada la valoración de la dependencia al tabaco y de la motivación para dejar de fumar x 100 / Pacientes fumadores de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<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 (Test Findrisk)</b>
<b>Fórmula</b>	Personas mayores de 45 años a las 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>2.5.4.3</b>	<b>Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o igual a 7% (en personas menores de 65 años)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años con diagnóstico 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 con diagnóstico de diabetes mellitus
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.5.4.4</b>	<b>Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores mayor o igual a 9%</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada muestra valores igual o superiores al 9% x 100 / Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes mellitus que tienen al menos una determinación de hemoglobina glicosilada
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	<3%

<b>2.5.4.5</b>	<b>Registro de hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de diabetes</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de diabetes y registro de hábito tabáquico x 100 / Pacientes con diagnóstico de diabetes
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	<85%

<b>2.5.4.6</b>	<b>Valoración del hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de diabetes</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes fumadores con diagnóstico de diabetes que tienen realizada la valoración de la dependencia al tabaco y de la motivación para dejar de fumar x 100 / Pacientes fumadores con diagnóstico de diabetes
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

## 2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

<b>2.5.5.3</b>	<b>Control adecuado de la tensión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes de entre 14 y 75 años con diagnóstico de HTA que en los últimos 12 meses tienen un valor medio de control de TA diastólica < 90 y TA sistólica < 140 x 100 / Pacientes de entre 14 y 75 años con diagnóstico 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
<b>Meta</b>	≥ 70%

<b>2.5.6.6</b>	<b>Úlceras por presión en pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)</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 en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	<3%

<b>2.5.6.7</b>	<b>Planes de Cuidados a pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) con seguimiento del plan de cuidados en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	>30%

## 2.5.8 Atención grupal y comunitaria.

<b>2.5.8.1</b>	<b>Educación y promoción de la salud grupal</b>
<b>Fórmula</b>	Realización o participación del EAP en actividades de carácter grupal dirigidas a grupos de pacientes o personas destinadas a mejorar sus capacidades en el afrontamiento de una patología, de factores de riesgo, de hábitos de vida, del ciclo vital, de cuidados y/o autocuidados
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia
<b>Meta</b>	El EAP estará implicado en al menos 3 actividades de educación y promoción de la salud grupal

<b>2.5.8.2</b>	<b>Intervención comunitaria</b>
<b>Fórmula</b>	Planificación, desarrollo y ejecución de al menos dos acciones de intervención comunitaria en cada EAP con las instituciones, asociaciones y colectivos sociales de la Zona Básica de Salud
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencia
<b>Meta</b>	El EAP estará implicado en 2 actividades

## 2.5.9 Inmunizaciones programadas.

<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%

<b>2.5.9.5</b>	<b>Cobertura de vacunación frente a la gripe de mujeres embarazadas</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres embarazadas vacunadas frente a la gripe x 100 / Mujeres embarazadas en el periodo de estudio
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI
<b>Meta</b>	≥40%

## 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, en el protocolo de Continuidad de Cuidados, conste el registro de la llamada telefónica x 100/Pacientes dados de alta
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥ 40 %

## 2.6 Seguridad del paciente.

### 2.6.1 Programa IRAS-PROA del Área<sup>1</sup>.

<b>2.6.1.1</b>	<b>Programa IRAS-PROA del Área</b>
<b>Fórmula</b>	La Comisión del Área de Salud propondrá a la Comisión Regional las Actividades y Metas específicas para el año 2020 de acuerdo con el Programa Regional y los Objetivos previstos en este Acuerdo de Gestión
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Informe remitido a la SGCASE antes del 1 de marzo de 2020

<b>2.6.1.2</b>	<b>Equipo IRAS-PROA</b>
<b>Fórmula</b>	El Área designará a los componentes de los equipos IRAS-PROA con especificación de las personas y servicios responsables así como las tareas de los componentes y la dedicación horaria prevista. Dependiendo de la complejidad del Área y de la madurez del Programa podrán existir 2 equipos coordinados o un equipo para el conjunto de tareas IRAS-PROA
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Informe remitido a la SGCASE antes del 31 de marzo de 2020

<b>2.6.1.3</b>	<b>Gestión de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria</b>
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño del protocolo corporativo de gestión de brotes de IRAS en el SMS
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación del protocolo en el Área de Salud

<sup>1</sup> Las actuaciones sobre los antibióticos incluidos en IRAS-PROA están vinculados a los indicadores 4.1.2.1, 4.1.3.1, 4.2.1.1, 4.2.1.2, 4.2.2.1, 4.2.2.2 y 4.4.1.4 del anexo 4 Uso apropiado del medicamento.

<b>2.6.1.4</b>	<b>Gestión de control de Microorganismos Multirresistentes (MMR)</b>
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño del protocolo corporativo de gestión de MMR en el SMS
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación del protocolo en el Área de Salud

<b>2.6.1.5</b>	<b>Estudio de la Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE)</b>
<b>Fórmula</b>	Participación en el EPINE 2020
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Participación en la puesta en común del protocolo de recogida de datos para uniformidad de criterios. Primer cuatrimestre 2020.  Informe de los principales resultados del EPINE 2020 junto con la interpretación de los mismos y plan de intervención. Diciembre 2020

<b>2.6.1.6</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal <sup>2</sup></b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Número de ILQ detectadas en los procedimientos de cirugía colorrectal en el período de estudio} \times 100}{\text{Intervenciones de cirugía colorrectal en el periodo de estudio}}$
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤12%

<b>2.6.1.7</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO) <sup>2</sup></b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el período de estudio} \times 100}{\text{Intervenciones de HPRO en el periodo de estudio}}$
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤ 2%

<b>2.6.1.8</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis rodilla (KPRO) <sup>2</sup></b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{ILQ detectadas en los procedimientos KPRO en el período de estudio} \times 100}{\text{Intervenciones de KPRO en ese periodo de estudio}}$
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤ 2%

<sup>2</sup>La metodología de medición se adecuará al Protocolo ILQ: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ). Madrid, 2017. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf\\_2017/Protocolo-ILQ\\_Nov2017.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-ILQ_Nov2017.pdf)

En el indicador 2.6.1.6 se incluye la cirugía de recto a diferencia del protocolo RENAVE.

## Recomendaciones de “No Hacer”.

<b>2.4.2</b>	<b>Sondaje vesical en pacientes con cirugía</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo con sondaje vesical 2 días posteriores a la intervención x 100 / Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo con sondaje vesical
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>2.4.4</b>	<b>Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida durante el primer día tras la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente
<b>Fuente</b>	SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)
<b>Meta</b>	≤ 20%

## Unidades de Cuidados Intensivos.

<b>2.6.1.9</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>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤3 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

<b>2.6.1.10</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>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤7 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

<b>2.6.1.11</b>	<b>Pacientes con uno o más microorganismos multirresistentes<sup>3</sup> (MMR) adquiridas en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UCI con uno o más MMR identificados a partir de 48 horas de ingreso (o 48 horas siguientes al alta de UCI) x100 / Pacientes ingresados en UCI
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤ 5% Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

<b>2.6.1.12</b>	<b>Densidad de incidencia de la infección del tracto urinario relacionada con sondaje uretral (ITU-SU) por 1.000 días de dispositivo en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Número de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / Total de días de sondaje
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤ 2,7 episodios de ITU-SU / 1.000 días de SU Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

<b>2.6.1.13</b>	<b>Rondas de seguridad en el área de críticos</b>
<b>Fórmula</b>	Se realizará rondas de seguridad en las que participe la Dirección del Área de acuerdo al protocolo
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Al menos 4 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

<sup>3</sup>La metodología de medición se adecuará al Protocolo MMR: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica (Protocolo-MMR). Madrid, 2017.  
Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf\\_2017/Protocolo-MMR\\_Nov2017.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-MMR_Nov2017.pdf)

## 2.6.2 Programa PROA<sup>1</sup>.

2.6.2.1	Estándares PROA del Área
<b>Fórmula</b>	El Área de Salud alcanzará los estándares del nivel básico previsto para los Programas PROA en el documento de consenso SEIMC, SEFH y SEMPSPH
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Informe remitido a la SGCASE en diciembre 2020

2.6.2.2	Guía hospitalaria de tratamiento antimicrobiano en adultos
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño de la Guía
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación de la Guía en el Área de Salud

2.6.2.3	Guía de tratamiento antimicrobiano en pediatría
<b>Fórmula</b>	Participación de, al menos 1 profesional del Área, en el Grupo de diseño de la Guía
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación de la Guía en el Área de Salud

## 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

2.6.3.1	Clima de Seguridad en el Bloque Quirúrgico
<b>Fórmula</b>	Medición de la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Periodicidad bienal Centros que lo hayan realizado en 2019, enviarán resultados, interpretación de los mismos y propuesta de intervención para el siguiente ejercicio Centros que no lo hayan realizado en 2019 o los que hicieron una evaluación parcial, deberán realizar la encuesta

2.6.3.2	Adecuación de la profilaxis antibiótica en el paciente quirúrgico
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos quirúrgicamente con indicación y prescripción de profilaxis antibiótica adecuada al protocolo del SMS x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

<sup>1</sup> Las actuaciones sobre los antibióticos incluidos en IRAS-PROA están vinculados a los indicadores 4.1.2.1, 4.1.3.1, 4.2.1.1, 4.2.1.2, 4.2.2.1 y 4.2.2.2 y 4.4.1.4 del anexo 4 Uso apropiado del medicamento.

<b>2.6.3.3</b>	<b>Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ x 100 / Pacientes intervenidos de cirugía programada
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.6.3.4</b>	<b>Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en planta</b>
<b>Fórmula</b>	Medición de los indicadores seleccionados sobre eliminación correcta del vello y ayuno preoperatorio.
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Indicadores seleccionados</b>	
1. Pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se ha eliminado el vello de forma correcta x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que está indicado la eliminación del vello	
2.1. Elaboración y difusión del protocolo de ayuno preoperatorio	
2.2. Pacientes intervenidos quirúrgicamente en el turno de tarde que el tiempo de ayuno se ajusta a la norma	
<b>Meta</b>	1. ≥ 90% 2.1. Primer semestre 2020 2.2. ≥ 50%

<b>2.6.3.5</b>	<b>Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en bloque quirúrgico</b>
<b>Fórmula</b>	Medición de los indicadores seleccionados sobre profilaxis antiséptica de la piel, mantenimiento de la normotermia y utilización segura de medicación en el bloque quirúrgico.
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Indicadores seleccionados</b>	
1. Pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se les ha realizado el pincelado de la piel de manera correcta (clorhexidina al 2% salvo razón justificada y documentada) x 100/ Pacientes intervenidos quirúrgicamente	
2. Pacientes intervenidos quirúrgicamente, cuya temperatura corporal se mantiene por encima de 35,5 grados centígrados, antes durante y después de la intervención x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente	
3. Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se ha hecho un uso seguro de la medicación en el bloque quirúrgico x 100/ Pacientes intervenidos quirúrgicamente	
<b>Meta</b>	1. ≥ 90% 2. 1. Primer semestre 2020 elaboración y difusión del protocolo 2.2. Medición segundo semestre 2020 y medidas correctoras 3. ≥ 95%

<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>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%

<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>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%

## 2.6.4 Seguridad de los medicamentos.

<b>2.6.4.1</b>	<b>Autoevaluación ISMP</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe de actividades realizadas debidamente documentado

## 2.7. Salud Mental

<b>2.7.1</b>	<b>Mejora en la Coordinación en Salud mental</b>
<b>Fórmula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mejora de la coordinación <b>interinstitucional</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.1. Constitución de la Comisión Sociosanitaria de Área.</li> <li>a.2. Número de reuniones de de la Comisión Sociosanitaria de área</li> </ul> </li> <li>b. Mejora de la coordinación <b>intrainstitucional</b>: Constitución de una Comisión Mixta SM-AP en cada área</li> </ul>
<b>Fuente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Responsable coordinación sociosanitaria</li> <li>b. Responsable de CSM</li> </ul>
<b>Meta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a.1 Constitución. Acta de constitución: sí/no (50%)</li> <li>a.2. &gt;1 reuniones anuales. Acta de reuniones (50%) (a.2 excluye a.1)</li> <li>b. Acta de la constitución si/no (50%)</li> </ul>

<b>2.7.2</b>	<b>Contenciones Mecánicas en las UHB (Unidad de hospitalización breve)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UHB que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 /Pacientes ingresados en UHB
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	Implantación en Selene del registro de contención mecánica en Unidades de Hospitalización. Primer trimestre 2020 <10% (Abril a 31 diciembre 2020)

<b>2.7.4</b>	<b>Registro del Plan de Actuación Coordinada (PAC) en la Historia Clínica de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave</b>
<b>Fórmula</b>	Primeras consultas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave con PAC registrado en la historia clínica en los 60 días siguientes al diagnóstico x 100 / Primeras consultas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave entre el 1 de enero y 30 de octubre de 2020 <i>(Primeras consultas= Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace 1 año o más que no acudieron a la última cita)</i>
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	>80%

<b>2.7.5</b>	<b>Uso de la Historia clínica electrónica en salud mental (CSM, UR, ETAC y HDIJ)</b>
<b>Fórmula</b>	Primeras consultas con informes en Selene X 100/ Primeras consultas en cada uno de los centros <i>(Primeras consultas= Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace 1 año o más que no acudieron a la última cita)</i>
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	>85%

# **Acuerdo de Gestión 2020**

## **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>	77 días

<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: 3.1.6.1-Consulta externa, 50 días de espera 3.1.6.2-Pruebas complementarias, 30 días de espera 3.1.6.3-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 primeras consultas externas</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro)/ Pacientes en el registro
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	< 50 días.

<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>3.1.10</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>3.1.13</b>	<b>Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con triaje realizado en 10 minutos o menos desde la llegada a la puerta de urgencias hospitalarias x 100 / Pacientes con triaje realizado en urgencias hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	≥90%

<b>3.1.14</b>	<b>Cita en agenda 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>	≤7%

<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>	> 6,3 minutos

<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>	>7,5 minutos

<b>3.1.21</b>	<b>Demora media para primera cita en los Centros de Salud mental</b>
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de la diferencia, en días naturales, entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de la cita para una primera consulta para un periodo de tiempo determinado/ Total de citas durante ese periodo de tiempo
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	<50 días

### 3.2 Uso adecuado de los recursos.

<b>3.2.1</b>	<b>Rendimiento quirúrgico</b>
<b>Fórmula</b>	Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última intervención (Tiempo bruto) x 100 / Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (Tiempo disponible)
<b>Fuente</b>	SELENE - PIN
<b>Meta</b>	>85%

<b>3.2.2</b>	<b>Suspensión de la intervención quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	Intervenciones quirúrgicas programadas con estado "suspendidas" x 100 / Intervenciones quirúrgicas programadas
<b>Fuente</b>	SELENE - PIN
<b>Meta</b>	< 5%

<b>3.2.10</b>	<b>Demora en el alta hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	1. Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica antes de las 14:00 horas x 100 / Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica desde las 08:00 a las 20:00 horas  2. Altas hospitalarias que tienen el informe de alta validado antes de las 12 horas x 100 / Altas hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	1 ≥20% 2. ≥40% A partir de la actualización de Selene

<b>3.2.12</b>	<b>Médico de familia: Atención a domicilio</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas a domicilio por el médico de familia x 100 / Total de consultas del médico de familia
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥1%

<b>3.2.13</b>	<b>Enfermería: Atención a domicilio</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas a domicilio por Enfermería x 100 / Total de consultas de Enfermería
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥10%

### 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>	≥83%

<b>3.3.2</b>	<b>Porcentaje de altas que no superan la duración óptima</b>
<b>Fórmula</b>	Procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares en que la duración se ajusta a la prevista en la duración óptima X 100 / Total de procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares
<b>Fuente</b>	ITESAN
<b>Meta</b>	>60%

### 3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.

3.4.1	Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)
Fórmula	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 del año correspondiente
	Puntualidad 2: La codificación se cerrará antes del 1 de julio del año correspondiente con un porcentaje de codificación superior al 95% en CMBD-AH y CMA.
	Puntualidad 3: Notificación con un porcentaje de codificación superior al 95% y reducción del plazo en un mes o más en relación con la anualidad previa.
	Calidad 1: 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. Si no se alcanza pero se supera en diez puntos porcentuales los resultados del año anterior la puntuación será del 50% previsto en la ponderación.
	Calidad 2: Cumplimentación válida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: La suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica del CMBD de Urgencias será inferior al 5%.
	Calidad 4: Notificación de, al menos, una de las nuevas actividades previstas para los CMBD ambulatorios no aportadas en anualidades anteriores.
Fuente	CMBD
Meta	100%
Ponderación	Puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + Puntualidad 3 x 5% +calidad 1 x 70% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5% + calidad 4 x 5%
Periodicidad	Trimestral y anual
Desglose	Gerencias de los hospitales



# Acuerdo de Gestión 2020

## Anexo 4

---

---

### Uso Apropriado 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>	<=1%

### 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>	≤ 3,5

<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>4.1.2.6 Hipolipemiantes de elección</b>	
<b>Fórmula</b>	DDD Simvastatina (C10AA01) + Pravastatina (C10AA03) + Atorvastatina (C10AA05) dosis ≤ 30mg + Rosuvastatina (C10AA07) dosis 10, 15 y 20mg + 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%

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

4.1.3.1 Antibióticos sistémicos	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas x 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>	≤ 16,5

4.1.3.2 Inhibidores de la bomba de protones	
<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>	≤ 150

4.1.3.3 Antiinflamatorios no esteroides (AINE)	
<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>	≤ 60

4.1.3.4 Benzodiacepinas (ansiolíticos)	
<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>	≤ 70

4.1.3.5 SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de SYSADOA (Glucosamina, Diacereina, Condroitin sulfato y asociaciones)
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 5

<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>	≤ 0,45

<b>4.1.3.8 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>	≤ 15%

## 4.2 Pediatría de Atención Primaria.

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

<b>4.2.1.1 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 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>	≤ 10%

<b>4.2.1.3 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>	≤ 11%

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

4.2.2.1	Antibióticos sistémicos en menores de 3 años
<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>	≤ 8

4.2.2.2	Niños menores de 3 años con catarro de vías altas tratados (CVA) con antibióticos
<b>Fórmula</b>	Número de menores de tres años con CVA tratados con antibióticos / Número de menores de tres años con CVA x 100
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 15%

## 4.3 Salud Mental.

4.3.2	Pacientes con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud
<b>Fórmula</b>	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total 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>	≤33%

## 4.4 Especialidades hospitalarias.

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

4.4.1.1	Desviación en el coste/paciente en patologías de alto impacto
<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 IDIOPÁTICA
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤1DS en todas las patologías seleccionadas

4.4.1.2	Estudios de variabilidad en el uso de medicamentos
<b>Fórmula</b>	Número de patologías de las incluidas en el Sistema de Información de Atención Especializada 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

4.4.1.3	Eficiencia en la selección de biológicos
<b>Fórmula</b>	Eficiencia/desviación presupuestaria obtenida del sistema de información de farmacia, en la selección de medicamentos biológicos ≤ 3% (Inliximab, Etanercept, Rituximab, Trastuzumab, Adalimumab) en los servicios de DIGESTIVO, REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA CLÍNICA.
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤3%

4.4.1.4	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos sistémicos de antibióticos en el hospital por cada 1.000 estancias (IRAS-PROA)
<b>Fórmula</b>	Número total de Dosis Diarias Definidas de antibióticos sistémicos (J01) en el periodo x 1.000 / Número total de estancias durante el periodo.
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 770

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

<b>4.5.1 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>	≥ 90%

<b>4.5.2 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>4.5.4 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 Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (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>	≥ 60%

<b>4.5.6 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%

# **Acuerdo de Gestión 2020**

## **Anexo 5**

---

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

---



## 5.1. Formación sanitaria especializada.

5.1.1	Requisito acreditación Unidades docentes multiprofesionales: trabajo en equipo
Fórmula	Número de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios) que realizan 4 sesiones clínicas conjuntas en 2020 x 100 / Total de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios)
Fuente	Unidades Docentes multiprofesionales Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales realizan 4 sesiones clínicas conjuntas/año

5.1.3	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes en la puerta de Urgencias
Fórmula	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes elaborado entre los responsables de la puerta de Urgencias y la Comisión de docencia
Fuente	Gerencia
Meta	Informe: Evaluación y resultados de la implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia

5.1.4	Requisito acreditación unidades docentes: Guías Itinerario Formativo Tipo (GIFT)
Fórmula	Número de GIFT correctamente cumplimentadas en 2020/ Número total de unidades docentes acreditadas
Fuente	Unidades docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de las unidades docentes acreditadas tendrán las GIFT correctamente cumplimentadas en base a los apartados descritos en la ficha.

## 5.2. Formación continuada.

5.2.1	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

<b>5.2.2</b>	<b>Acciones formativas (ediciones) del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones formativas (ediciones) 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>	≥ 63% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP

<b>5.2.3</b>	<b>Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales</b>
<b>Fórmula</b>	Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
<b>Meta</b>	≥50% de los profesionales de los grupos A1, A2 y C1 ≥45% de los profesionales de los grupos C2 y E

# Acuerdo de Gestión 2020

## Anexo 6

---

---

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

---

---



## 6.1 Presupuesto

6.1.1	Gastos en plantilla, 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: 127.735.133,89 €

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: 47.067.649,06 €

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: 33.262.642,33 €

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: 17.921.471,65 €

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: 68.385.412,29 €

<b>6.1.6</b>	<b>Facturación en convenios comunitarios</b>
<b>Fórmula</b>	Importe de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Importe objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios.
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Facturación FISS
<b>Meta</b>	≥ 80% Objetivo asignado: 3.965.500,00 €

<b>6.1.7</b>	<b>Recaudación en cobros a terceros</b>
<b>Fórmula</b>	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
<b>Meta</b>	≥ 80% Objetivo asignado: 3.052.500,00 €

<b>6.1.8</b>	<b>Ahorro presupuestario</b>
<b>Fórmula</b>	(Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria)) x 1000 / Presupuesto asignado total del área
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
<b>Meta</b>	Inferior a lo presupuestado

<b>6.1.9</b>	<b>Gasto medio por prótesis implantada de traumatología</b>
<b>Fórmula</b>	((Gasto medio por prótesis implantada en 2020 – gasto medio por prótesis implantada en 2019) x 100)/Gasto medio por prótesis implantada en 2019
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por prótesis en el 5%

<b>6.1.9.1</b>	<b>Gasto medio por prótesis implantada de Traumatologías sobre gasto medio en el SMS</b>
<b>Fórmula</b>	Gasto medio por prótesis implantada en el Área de Salud x 100 / Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por prótesis implantadas en el Área sobre el gasto medio de las prótesis implantadas en el conjunto del Servicio Murciano de Salud

<b>6.1.10</b>	<b>Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI)</b>
<b>Fórmula</b>	$((\text{Gasto medio por dispositivo implantado en 2020} - \text{Gasto medio por dispositivo implantado en 2019}) \times 100) / \text{Gasto medio por dispositivo implantado en 2019}$
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por dispositivo en el 5%

<b>6.1.10.1</b>	<b>Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) sobre gasto medio del SMS</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Gasto medio en marcapasos y desfibriladores automáticos implantados en el Área de Salud} \times 100 / \text{Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud}$
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio de los dispositivos implantados en el Área sobre el gasto medio de los dispositivos implantados en el conjunto del Servicio Murciano de Salud

<b>6.1.11</b>	<b>Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Número de tratamientos diana con precio medio por debajo del precio medio del SMS} \times 100 / \text{Número total de tratamientos diana del Área}$
<b>Fuente</b>	Información extraída de PIN
<b>Meta</b>	$\geq 60\%$

<b>6.1.12</b>	<b>Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria Precios medios en el total de tratamientos seleccionados</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Precio medio de todos los tratamientos diana dispensados por el Área} - \text{Precio medio del SMS para los mismos tratamientos diana.}$
<b>Fuente</b>	Información extraída de PIN
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio de los tratamientos diana



Región de Murcia  
Consejería de Salud



Servicio  
**Murciano**  
de Salud



**Acuerdo de  
Gestión  
2020**

# Pacto de Gestión 2020

**Gerencia del Área de Salud II**

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO  
SANTA MARÍA DEL ROSELL





## INTRODUCCIÓN

El Acuerdo de Gestión anual de la Gerencia del Servicio Murciano de Salud con cada una de las Gerencias, es la herramienta que vincula la gestión de los recursos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización y que pretende avanzar en:

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

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, y
- Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar el mejor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

La descentralización de la gestión permite acercar la organización y la toma de decisiones a las necesidades de los pacientes, dando mayor protagonismo y capacidad de gestión a los profesionales sanitarios, desarrollando modelos organizativos enfocados hacia la eficiencia en la toma de decisiones y en el uso de los recursos. Estos modelos requieren de la alineación de los profesionales con los valores, objetivos y políticas operativas de la organización asegurando la coherencia y consistencia entre estos. De este modo, se facilita la atención integral a los pacientes, la mejora de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales y se favorece la accesibilidad y continuidad de la atención sanitaria.

Con el propósito de impulsar la descentralización de la gestión el Servicio Murciano de Salud ha incluido en los Acuerdos de Gestión de los últimos años la Línea Estratégica de “Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión” propiciando la realización de Pactos de Gestión con los Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria. La experiencia adquirida permite plantear como objetivo para 2020 la realización de Pactos de Gestión en todas las Unidades de Gestión de los centros del Servicio Murciano de Salud a través de una metodología homogénea que se inicia con la negociación de los Pactos de Gestión y finalizará con su evaluación por la Gerencia correspondiente, incorporándolos como una herramienta de gestión consolidada para la mejora continua de la calidad de los servicios que prestamos a nuestra población.

Para la elaboración de los Pactos de Gestión se seguirán las INSTRUCCIONES que aparecen al final de este documento.



## REUNIDOS

De una parte, D. JOSE FRANCISCO SEDES ROMERO, Director Gerente del Área de Salud II, y de otra D. JOSE CARLOS LÓPEZ LACOMA, Director Gerente del Hospital General Universitario Santa María del Rosell

## ACUERDAN

Suscribir el presente Pacto de Gestión para el ejercicio 2020, comprometiéndose a cumplir los objetivos que aquí se recogen.

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.

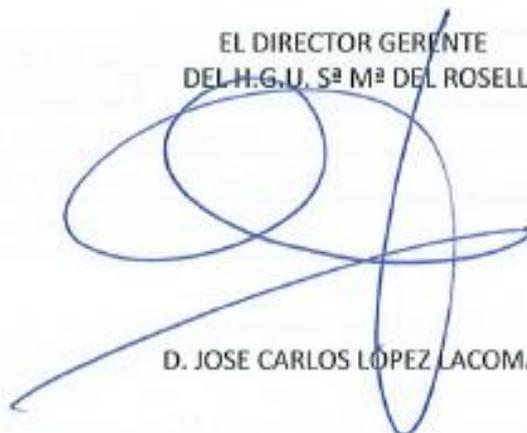
En Cartagena, a <sup>19</sup>..... de Febrero de 2020.

EL DIRECTOR GERENTE  
DEL ÁREA DE SALUD II



D. JOSE FRANCISCO SEDES ROMERO

EL DIRECTOR GERENTE  
DEL H.G.U. S<sup>a</sup> M<sup>a</sup> DEL ROSELL



D. JOSE CARLOS LÓPEZ LACOMA



## Indicadores:

- A continuación se detallan los indicadores para evaluar el grado de cumplimiento de los Objetivos

### 2.1 Calidad Percibida.

<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>	Medición basal y propuesta de mejora.

<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>	Medición basal y propuesta de mejora.

<b>2.1.7</b>	<b>Comida en el Área de Hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x100/Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	Medición basal y propuesta de mejora.

<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>	Medición basal y propuesta de mejora.

<b>2.1.14</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias</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>	Medición basal y propuesta de mejora.

<b>2.1.16</b>	<b>Identificación en el Área de Urgencias Hospitalarias</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>	Medición basal y propuesta de mejora.

<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 las Consultas Externas del hospital x100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	Medición basal y propuesta de mejora.

<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>	Medición basal y propuesta de mejora.

<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>	Medición basal y propuesta de mejora.

## 1. Unidad de Atención al Paciente Crónico Complejo

<b>1.1</b>	<b>Desarrollo y puesta en marcha de un Cuadro de Mandos que permita el seguimiento y monitorización de los objetivos.</b>
<b>Fórmula</b>	Diseño, desarrollo y puesta en marcha de un Cuadro de Mandos, que permita la monitorización de los objetivos en cada uno de los indicadores pactados.
<b>Fuente</b>	Sistemas de información de Área
<b>Meta</b>	Informe

<b>1.2</b>	<b>Sesiones de trabajo para garantizar el proceso multidisciplinar de la Unidad.</b>
<b>Fórmula</b>	Número de sesiones de coordinación con periodicidad semanal.
<b>Fuente</b>	Informe UPCC
<b>Meta</b>	≥ 3 sesiones/mes

<b>1.3</b>	<b>Coordinación con la Unidad de Paciente Crónico Complejo</b>
<b>Fórmula</b>	Número de interconsultas dirigidas a la Unidad de Recuperación funcional con tiempo de respuesta inferior a 48h. x 100 / Total de interconsultas
<b>Fuente</b>	Revisión de interconsultas
<b>Meta</b>	≥ 80%

<b>1.6</b>	<b>Estancia media del paciente en la Unidad de Recuperación Funcional</b>
<b>Fórmula</b>	$\Sigma$ Número total de días de ingreso / Número de pacientes ingresados durante el año 2019
<b>Fuente</b>	Sistemas de Información de Área
<b>Meta</b>	≤ 30

## 2.- Desarrollo del modelo Consultas de Alta Resolución en el HGUSMR.

<b>2.1</b>	<b>Incrementar el número de Servicios que se incorporan al modelo de Consulta de Alta resolución en el HGUSMR</b>
<b>Fórmula</b>	Número de Servicios incorporados
<b>Fuente</b>	Pactos de compromiso establecidos con la Dirección del Hospital
<b>Meta</b>	5

<b>2.2</b>	<b>% de Consultas resueltas como Alta Resolución del total de primeras visitas atendidas por los servicios adheridos al modelo.</b>
<b>Fórmula</b>	Número de consultas registradas como alta resolución x 100/ Número total de primeras visitas atendidas en cada uno de los servicios pactados
<b>Fuente</b>	Sistemas de Información Área
<b>Meta</b>	Informe. Medición basal

<b>2.3</b>	<b>Disminución del índice de consultas sucesivas / consultas primeras en los servicios con modelo de atención de Alta Resolución</b>
<b>Fórmula</b>	Número de consultas sucesivas x 100 / Número total de primeras visitas atendidas en cada uno de los servicios pactados
<b>Fuente</b>	Sistemas de Información Área
<b>Meta</b>	Informe. Medición basal

### **3.- Avanzar en el cumplimiento del plan de desarrollo del HGUSMR.**

<b>3.1</b>	<b>Diseño, creación y puesta en marcha de una Unidad de Daño Cerebral Adquirido en formato hospitalización de día.</b>
<b>Fórmula</b>	Intervención estructural en la Planta 3ªB del HGUSMR, definir e incorporar los RRHH necesarios, así como el equipamiento necesario
<b>Fuente</b>	Informe
<b>Meta</b>	Fecha de actividad año 2020

<b>3.2</b>	<b>Diseño e intervenciones estructurales orientadas a mejorar la oferta hospitalaria en el ámbito de las Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	Adecuación de infraestructuras para incorporar mejoras en las consultas externas de los servicios de Urología, Ginecología, Oftalmología, y Otorrinolaringología.
<b>Fuente</b>	Informe
<b>Meta</b>	Inicio de actividad con fecha anterior al año 2021

## INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PACTOS DE GESTIÓN

- Serán objeto de Pacto todos los servicios/unidades/equipos del Centro, diferenciando aquellos de carácter asistencial y los no asistenciales. Se consideran no asistenciales a aquellos servicios/unidades que dependen de la Dirección de Gestión y Servicios Generales. Los servicios/unidades/equipos asistenciales incluyen tanto a los que realizan atención directa al paciente como las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- El Pacto de Gestión se realizará en el modelo normalizado que corresponda (Unidades Asistenciales y Unidades No Asistenciales) remitido por la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación.
- Se realizará un solo Pacto de Gestión por cada Unidad.
- En el caso de los servicios/unidades/equipos asistenciales se propondrán 5 objetivos por cada uno y, en el caso de los no asistenciales 3. Los Objetivos se seleccionaran de acuerdo con el impacto en la atención a los pacientes atendidos por esa Unidad.
- Los Objetivos incluidos en los Pactos deben cumplir, con carácter general, con los requisitos siguientes:
  - o Son válidos: se trata de aspectos que tienen incidencia directa o indirecta en la mejora del servicio/atención al paciente.
  - o Son medibles de manera cuantitativa: existe un sistema de información para medirlo de forma automática.
  - o Son evaluables: se dispone de al menos una valoración previa a partir de la cual se pueden fijar metas.
  - o Como recomendación general, en las Unidades que sea de aplicación, se recomienda el establecimiento de Metas específicas a partir de Objetivos del Acuerdo de Gestión.

Para la valoración de cada uno de los indicadores simples propuestos en el Pacto se calculará el porcentaje de mejora relativa con respecto al valor previo obtenido por el Centro. Para la valoración conjunta del Pacto se calculará el promedio no ponderado de las mejoras relativas obtenidas en cada uno de los indicadores simples





**Pacto de Gestión 2020  
HGUSMR**