Acuerdo de Gestión 2020

Gerencia del Área de Salud VI

Area VI
Vega Media del Segura

Región de Murcia
Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

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	21
2.2.4 Cáncer	21
2.2.7 Cuidados hospitalarios	22
2.2.8 Comisiones Clínicas	23
2.2.9 Sostenibilidad medioambiental	23
2.3 Cuidados paliativos	23
2.4 Indicadores de “No hacer”	24
2.5 Atención Primaria	26
2.5.1 Atención al niño	26
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	27
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus	28
2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares	29
2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	29
2.5.8 Atención grupal y comunitaria	30
2.5.9 Inmunizaciones programadas	30
2.5.10 Continuidad asistencial	31
2.6 Seguridad del paciente	31
2.6.1 Programas IRAS-PROA del Área	31
2.6.2 Programa PROA	34
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico	35
2.6.4 Seguridad de los medicamentos	37
2.7 Salud mental	37
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	39
3.1 Accesibilidad	41
3.2 Uso adecuado de los recursos	43
3.3 Incapacidad temporal	44
3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta	45
ANEXO 4. USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS	47
4.1 Medicina Familiar y Comunitaria	49
4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica	49
4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos	49
4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	50
4.2 Pediatría en Atención Primaria	51
4.2.1 Calidad basada en la selección de medicamentos	51
4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	52
4.3 Salud mental	52

4.4 Especialidades hospitalarias 52
4.4.1 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital 52
4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud 53
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES 55
5.1 Formación sanitaria especializada 57
5.2 Formación continuada 57
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO 59
6.1 Presupuesto 61

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:

		2020
1	**Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.**	150
2	**Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.**	280
3	**Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.**	220
4	**Uso apropiado de los medicamentos.**	100
5	**Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.**	50
6	**Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.**	200*

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

Código	Objetivo	Porcentaje	Puntos
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
	TOTAL	100	200

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. Andrés Carrillo González, Director Gerente del Área de Salud VI.

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 VI

D. Andrés Carrillo González

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
Fórmula	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 1.1.1.2 Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos del Área de Salud 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
Fuente	Gerencia
Meta	100% en cada uno de los subindicadores. El total de la puntuación asignada a este indicador (150) se distribuirá con los pesos siguientes para cada subindicador: 1.1.1.1: 25% 1.1.1.2: 25% 1.1.1.3: 50%

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
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindcadores anteriores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	- Informe de actividades realizadas debidamente documentadas - Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
Meta	Propuesta SMS: 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
Fórmula	Usuarios que califican con 8 o más su satisfacción con el centro de salud x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
Meta	≥ 85%

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

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

2.1.6	Información en el Área de Hospitalización
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
Meta	≥85%

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

2.1.13	Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias
Fórmula	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	≥80%

2.1.14	Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias
Fórmula	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
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	≥70%

2.1.16	Identificación en el Área de Urgencias Hospitalarias
Fórmula	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
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	≥90%

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

2.1.18	Accesibilidad en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	≥80%

2.1.19	Información en el Área de Consultas Externas
Fórmula	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
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	≥90%

2.2 Atención hospitalaria.

2.2.4 Cáncer.

2.2.4.1	Evaluación por el Comité de cáncer de mama
Fórmula	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
Fuente	Informe
Meta	≥95%

2.2.4.4	Evaluación por el Comité de cáncer colorrectal
Fórmula	Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han sido evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal
Fuente	Informe
Meta	≥95%

2.2.7 Cuidados hospitalarios.

2.2.7.1	Valoración del paciente de la Acogida al ingreso
Fórmula	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
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida
Meta	≥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 de úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria en pacientes identificados en riesgo
Fórmula	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
Fuente	SELENE
Meta	≤2,5%

2.2.7.7	Valoración temprana del riesgo de Caídas
Fórmula	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
Fuente	SELENE
Meta	≥ 85%

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

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

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

2.2.8 Comisiones clínicas.

2.2.8.1	Comisiones clínicas
Fórmula	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
Fuente	Informe de Gerencia indicando las comisiones clínicas existentes y numero de reuniones con asistencia de al menos la mitad de los miembros
Meta	≥ 50%

2.2.9 Sostenibilidad medioambiental.

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

2.3 Cuidados Paliativos.

2.3.1	Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos
Fórmula	Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos
Fuente	ESAD-ESAH
Meta	≥87%

2.4 Indicadores de “No hacer”.

2.4.1	Prescripción de radiografía de tórax en pacientes de bajo riesgo anestésico
Fórmula	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)
Fuente	SELENE
Meta	≤ 10%

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

2.4.7	Determinación del antígeno prostático específico (PSA) en pacientes asintomáticos sin antecedentes familiares
Fórmula	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
Fuente	OMI, SELENE, MODULAB
Meta	≤ 25%

2.4.8	Autoanálisis en pacientes con diabetes tipo 2 no insulinodependientes
Fórmula	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
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 30%

2.4.10	Reevaluación de anticuerpos tiroideos en disfunción tiroidea
Fórmula	Pacientes con una determinación positiva anterior de anticuerpos antitiroideos x 100/ Pacientes con una determinación positiva de anticuerpos antitiroideos
Fuente	SELENE, MODULAB
Meta	≤ 5%

2.4.11	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 (ARAII)
Fórmula	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
Fuente	SELENE, MODULAB, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.
Meta	≤ 30%

2.4.12	Repetición de la realización de la densitometría ósea (DEXA) en tratamiento de la osteoporosis
Fórmula	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)
Fuente	OMI, SELENE
Meta	≤ 50%

2.4.13	Uso de dos o más antinflamatorios no esteroides (AINEs) de manera simultánea
Fórmula	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
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 5%

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

2.5 Atención Primaria.

2.5.1 Atención al niño.

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

2.5.1.2	Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida
Fórmula	Niños/as que han cumplido los 6 meses que son alimentados con lactancia materna x 100 / Niños/as de 6 meses
Fuente	OMI
Meta	≥50%

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

2.5.1.4	Detección e intervención ante el sobrepeso/obesidad en la infancia
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2.5.3.1	Adecuación diagnóstica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥80%

2.5.3.2	Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥25%

2.5.3.3	Vacunación frente a la gripe en EPOC
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados 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
Fuente	OMI
Meta	≥60%

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

2.5.3.5	Valoración del hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de EPOC
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

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

2.5.4.3	Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o igual a 7% (en personas menores de 65 años)
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.4.4	Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores mayor o igual a 9%
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	<3%

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

2.5.4.6	Valoración del hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de diabetes
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

2.5.5.3	Control adecuado de la tensión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA)
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥40%

2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

2.5.6.1	Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio
Fórmula	Pacientes con una valoración del Indice de Katz ≥ C que son atendidos en el domicilio x 100 / Pacientes con una valoración del índice de Katz ≥ C
Fuente	OMI
Meta	≥ 70%

2.5.6.6	Úlceras por presión en pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fórmula	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)
Fuente	OMI
Meta	<3%

2.5.6.7	Planes de Cuidados a pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fórmula	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)
Fuente	OMI
Meta	>30%

2.5.8 Atención grupal y comunitaria.

2.5.8.1	Educación y promoción de la salud grupal
Fórmula	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
Fuente	Informe de la Gerencia
Meta	El EAP estará implicado en al menos 3 actividades de educación y promoción de la salud grupal

2.5.8.2	Intervención comunitaria
Fórmula	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.
Fuente	Informe de la Gerencia
Meta	El EAP estará implicado en 2 actividades

2.5.9 Inmunizaciones programadas.

2.5.9.3	Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)
Fórmula	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
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Publica y Adicciones, OMI y CIVITAS
Meta	≥ 90%

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

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

2.5.10 Continuidad asistencial.

2.5.10.1	Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria
Fórmula	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
Fuente	OMI
Meta	≥ 50 %

2.6 Seguridad del paciente.

2.6.1 Programa IRAS-PROA del Área[1].

2.6.1.1	Programa IRAS-PROA del Área
Fórmula	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
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Informe remitido a la SGCASE antes del 1 de marzo de 2020

2.6.1.2	Equipo IRAS-PROA
Fórmula	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
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Informe remitido a la SGCASE antes del 31 de marzo de 2020

2.6.1.3	Gestión de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
Fórmula	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
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación del protocolo en el Área de Salud

[1]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.

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

2.6.1.5	Estudio de la Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE)
Fórmula	Participación en el EPINE 2020
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	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

2.6.1.6	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal[2]
Fórmula	Número de ILQ detectadas en los procedimientos de cirugía colorrectal en el período de estudio x 100/ Intervenciones de cirugía colorrectal en el periodo de estudio
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	≤12%

2.6.1.7	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)[2]
Fórmula	ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de HPRO en el periodo de estudio
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	≤ 2%

2.6.1.8	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis rodilla (KPRO)[2]
Fórmula	ILQ detectadas en los procedimientos KPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de KPRO en ese periodo de estudio
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	≤ 2%

[2]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
En el indicador 2.6.1.6 se incluye la cirugía de recto a diferencia del protocolo RENAVE.

Recomendaciones de “No Hacer”.

2.4.2	Sondaje vesical en pacientes con cirugía
Fórmula	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
Fuente	SELENE
Meta	≤ 50%

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

Unidades de Cuidados Intensivos.

2.6.1.9	Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI
Fórmula	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
Fuente	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤3 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.10	Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV)
Fórmula	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
Fuente	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤7 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.11	Pacientes con uno o más microorganismos multirresistentes[3] (MMR) adquiridas en UCI
Fórmula	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
Fuente	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤ 5% Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.12	Densidad de incidencia de la infección del tracto urinario relacionada con sondaje uretral (ITU-SU) por 1.000 días de dispositivo en UCI
Fórmula	Número de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / Total de días de sondaje
Fuente	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤ 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

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

2.6.2 Programa PROA[1].

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

[1]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.

[3]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

2.6.2.2	Guía hospitalaria de tratamiento antimicrobiano en adultos
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño de la Guía
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	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
Fórmula	Participación de, al menos 1 profesional del Área, en el Grupo de diseño de la Guía
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	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
Fórmula	Medición de la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico
Fuente	Gerencia
Meta	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
Fórmula	Pacientes intervenidos quirúrgicamente con indicación y prescripción de profilaxis antibiótica adecuada al protocolo del SMS x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente
Fuente	SELENE
Meta	≥90%

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

2.6.3.4	Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en planta
Fórmula	Medición de los indicadores seleccionados sobre eliminación correcta del vello y ayuno preoperatorio.
Fuente	Gerencia
Indicadores seleccionados	
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	
Meta	1. ≥ 90% 2.1. Primer semestre 2020 2.2. ≥ 50%

2.6.3.5	Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en bloque quirúrgico
Fórmula	Medición de los indicadores seleccionados sobre profilaxis antiséptica de la piel, mantenimiento de la normotermia y utilización segura de medicación en el bloque quirúrgico.
Fuente	Gerencia
Indicadores seleccionados	
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	
Meta	1. ≥ 90% 2. 1. Primer semestre 2020 elaboración y difusión del protocolo 2.2. Medición segundo semestre 2020 y medidas correctoras 3. ≥ 95%

2.6.3.6	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal
Fórmula	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
Fuente	SELENE
Meta	≥ 90%

2.6.3.7	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera
Fórmula	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
Fuente	SELENE
Meta	≥ 90%

2.6.4 Seguridad de los medicamentos.

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

2.7. Salud Mental

2.7.1	Mejora en la Coordinación en Salud mental
Fórmula	a. Mejora de la coordinación **interinstitucional**: a.1. Constitución de la Comisión Sociosanitaria de Área. a.2. Número de reuniones de de la Comisión Sociosanitaria de área b. Mejora de la coordinación **intrainstitucional**: Constitución de una Comisión Mixta SM-AP en cada área
Fuente	a. Responsable coordinación sociosanitaria b. Responsable de CSM
Meta	a.1 Constitución. Acta de constitución: sí/no (50%) a.2. >1 reuniones anuales. Acta de reuniones (50%) (a.2 excluye a.1) b. Acta de la constitución si/no (50%)

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

2.7.4	**Registro del Plan de Actuación Coordinada (PAC) en la Historia Clínica de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave**
Fórmula	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 *(Primeras consultas= Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace 1 año o más que no acudieron a la última cita)*
Fuente	SELENE
Meta	>80%

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

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

3.1 Accesibilidad.

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

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

3.1.3	Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)
Fórmula	Sumatorio (fecha final período de estudio –fecha entrada en registro)/ Pacientes en el registro
Fuente	PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
Meta	68 días

3.1.6	Pacientes que rebasan el tiempo de espera máximo para servicios hospitalarios
Fórmula	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
Fuente	SELENE-PIN
Meta	0

3.1.7	Tiempo medio de espera estructural en primeras consultas externas
Fórmula	Sumatorio (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro)/ Pacientes en el registro
Fuente	SELENE-PIN
Meta	< 50 días.

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

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

3.1.13	Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias
Fórmula	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
Fuente	SELENE-PIN
Meta	≥90%

3.1.14	Cita en agenda mayor de 48h en agenda de Médicos de Familia
Fórmula	Días en que la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria)
Fuente	OMI
Meta	≤5%

3.1.18	Tiempo de atención por paciente en consulta de Médico de Familia
Fórmula	Minutos totales invertidos en las consultas de Medicina de Familia / Pacientes atendidos por el médico de familia en el último año
Fuente	OMI
Meta	> 6,3 minutos

3.1.19	Tiempo de atención por Paciente en consulta de Pediatría
Fórmula	Minutos totales invertidos en las consultas de Pediatría/ Pacientes atendidos en consultas de Pediatría realizadas en el último año
Fuente	OMI
Meta	>7,5 minutos

3.1.21	Demora media para primera cita en los Centros de Salud mental
Fórmula	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
Fuente	Selene
Meta	<50 días

3.2 Uso adecuado de los recursos.

3.2.1	Rendimiento quirúrgico
Fórmula	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)
Fuente	SELENE - PIN
Meta	>85%

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

3.2.10	Demora en el alta hospitalaria
Fórmula	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 de hospitalización que tienen el informe de alta validado antes de las 12 horas x 100 / Altas hospitalarias
Fuente	SELENE
Meta	1. ≥20% 2. ≥40% A partir de la actualización de Selene

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

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

3.3 Incapacidad Temporal.

3.3.1	Control Incapacidad Temporal (IT)
Fórmula	Propuestas de altas médicas respondidas en plazo x 100 / Propuestas de altas médicas
Fuente	OMI
Meta	> 85%

3.3.2	Porcentaje de altas que no superan la duración óptima
Fórmula	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
Fuente	ITESAN
Meta	>55%

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 diagnostico 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 valida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: La suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocas 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 Apropiado de los Medicamentos

4.1 Medicina Familiar y Comunitaria.

4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.

4.1.1.1	Importe por paciente ajustado por morbilidad y complejidad
Fórmula	Desvío en el importe de los productos farmacéuticos prescitos 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
Fuente	Estratificación poblacional años 2016/2017. AdN-Farmacia
Meta	<=1%

4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos.

4.1.2.1	Antibióticos de amplio espectro/espectro reducido
Fórmula	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos de amplio espectro / DDD antibióticos espectro reducido, prescritos en Atención Primaria
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 3,5

4.1.2.4	Antihipertensivos de elección (AHT)
Fórmula	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
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥45%

4.1.2.6	Hipolipemiantes de elección
Fórmula	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)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 75%

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

4.1.3.1	Antibióticos sistémicos
Fórmula	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 15,5

4.1.3.2	Inhibidores de la bomba de protones
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de inhibidores de la bomba de protones (A02BC)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 143

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

4.1.3.4	Benzodiacepinas (ansiolíticos)
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de benzodiacepinas (N05BA)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 60

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

4.1.3.6	Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), de fentanilo transmucoso
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 0,38

4.1.3.8	Pacientes con 4 envases o más de Fentanilo transmucoso/mes
Fórmula	Pacientes tratados con más de 4 envases de fentanilo transmucoso al mes x 100 / Pacientes tratados
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 20%

4.2 Pediatría de Atención Primaria.

4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos.

4.2.1.1	Amoxicilina-clavulánico
Fórmula	DDD de amoxicilina-clavulánico prescrito en Pediatría x 100 /DDD de penicilinas prescritas en Pediatría
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 46%

4.2.1.2	Macrólidos
Fórmula	DDD de macrólidos prescrito en Pediatría x 100 /DDD antibióticos sistémicos prescrito en Pediatría
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤10%

4.2.1.3	Antagonistas receptores leucotrienos (antiasmáticos)
Fórmula	DDD de antagonistas de receptores de leucotrienos prescritos en Pediatría x 100 / DDD de antiasmáticos prescritos en Pediatría
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 12%

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
Fórmula	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
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 8

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

4.3 Salud Mental.

4.3.2	Pacientes tratados con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud
Fórmula	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤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
Fórmula	(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 IDIOPATICA
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤1DS en todas las patologías seleccionadas

4.4.1.2	Estudios de variabilidad en el uso de medicamentos
Fórmula	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.
Fuente	Documento facilitado por la Gerencia
Meta	-2 estudios

4.4.1.3	Eficiencia en la selección de biológicos
Fórmula	Desviación presupuestaria en medicamentos biológicos en los servicios de DIGESTIVO, REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA CLÍNICA.
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤3%

4.4.1.4	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos sistémicos de antibióticos en el hospital por cada 1.000 estancias (IRAS-PROA)
Fórmula	Número total de Dosis Diarias Definidas de antibióticos sistémicos (J01) en el periodo x 1.000 / Número total de estancias durante el periodo.
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 900

4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

4.5.1	Receta Electrónica
Fórmula	Recetas facturadas prescritas en receta electrónica x 100 / Recetas facturadas
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 90%

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

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

4.5.5	Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria
Fórmula	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
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥60%

4.5.6	Pacientes que inician tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria
Fórmula	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
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	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

5.2.2	Acciones formativas (ediciones) del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio
Fórmula	Acciones formativas (ediciones) del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥ 63% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP

5.2.5	Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
Fórmula	Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	≥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
Fórmula	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 88.566.867,98€

6.1.2	Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios
Fórmula	Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos hospitalarios x 100 / Presupuesto asignado en gasto de productos farmacéuticos hospitalarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 47.967.884,26€

6.1.3	Gasto en material sanitario
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 21.462.023,36€

6.1.4	Gasto en conciertos y autoconcierto
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 14.394.572,56€

6.1.5	Gasto en receta farmacéutica
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 59.779.638,10 €

6.1.6	Facturación en convenios comunitarios
Fórmula	Importe de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Importe objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Facturación FISS
Meta	≥ 80% Objetivo asignado: 960.000,00€

6.1.7	Recaudación en cobros a terceros
Fórmula	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
Meta	≥ 80% Objetivo asignado: 1.700.000,00€

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

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

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

6.1.10	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) implantados
Fórmula	((Gasto medio por dispositivo implantado en 2020 – Gasto medio por dispositivo implantado en 2019) x 100)/Gasto medio por dispositivo implantado en 2019
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del gasto medio por dispositivo en un 5%

6.1.10.1	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) sobre gasto medio del SMS
Fórmula	Gasto medio en marcapasos y desfibriladores automáticos implantados en el Área de Salud x 100 / Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	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

6.1.11	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria
Fórmula	Número de tratamientos diana con precio medio por debajo del precio medio del SMS x 100 / Número total de tratamientos diana del Área
Fuente	Información extraída de PIN
Meta	≥60%

6.1.12	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria Precios medios en el total de tratamientos seleccionados
Fórmula	Precio medio de todos los tratamientos diana dispensados por el Área – Precio medio del SMS para los mismos tratamientos diana.
Fuente	Información extraída de PIN
Meta	Reducción del gasto medio de los tratamientos diana

Región de Murcia
Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

Área I Murcia Oeste Arrixaca

Área de Salud Cartagena

Área III

Área IV noroeste

Gerencia Única del Altiplano área v

Área V Vega Media del Segura

Área de Salud VII Murcia Este

Área de Salud VIII Mar Menor

Gerencia de Área IX Vega Alta del Segura

Román Alberca Hospital Psiquiátrico

Acuerdo de Gestión 2020