

# Acuerdo de Gestión 2020



Gerencia de Urgencias y  
Emergencias Sanitarias 061



Región de Murcia  
Consejería 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 Actualización de los Procesos asistenciales	19
2.2.1 Manejo avanzado de la vía aérea en UME.	19
2.2.2 Resucitación cardiopulmonar en UME	20
2.2.3 Crisis convulsivas en el adulto en UME.	21
2.2.4 Atención al gran quemado en UME.	22
2.2.5 Parada cardiorrespiratoria guiada por teléfono.	22
2.2.6 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias	23
2.2.7 Atención a la Faringoamigdalitis en SUAP.	24
2.2.8 Anafilaxia en UME.	24
2.2.9 Otitis en SUAP	25
2.2.10 Manejo de la crisis hipertensiva en SUAP	25
2.2.11 manejo de las arritmias nivel extrahospitalario	25
2.2.12 Atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST(SCACEST)	26
2.2.13 Atención al Ictus en UME	27
2.3 Mejora de la tipificación del nivel de urgencia de la llamada del 112	28
2.4 Calidad de los Sistemas de Información	28
2.5 Calidad de los Cuidados	29
2.6 Seguridad del paciente	30
2.6.1 Sistema de notificación de incidentes.	30
2.6.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente.	30
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	33
ANEXO 4. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	37
4.1 Formación especializada	39
4.2 Formación continuada	39
ANEXO 5. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	41



## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

## OBJETIVOS

1

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

La Gerencia desplegará los objetivos del acuerdo de gestión a través de la firma de Pactos de gestión con los diferentes dispositivos de atención que incluirá la designación de referentes de calidad y seguridad (ANEXO 1).

2

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

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

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

3

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

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

4

### **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 4).

**5**

**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 5).



## 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>	300
<b>3</b>	<b>Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.</b>	150
<b>4</b>	<b>Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.</b>	100
<b>5</b>	<b>Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.</b>	300*

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

		Porcentaje	Puntos
5.1	Personal	60	180
5.2	Gasto en material sanitario	30	90
5.3	Facturación en convenios comunitarios	4	12
5.4	Recaudación en cobros a terceros	6	18
		100	300

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. Francisco Celdrán Gil, Director Gerente de Urgencias y Emergencias 061

## 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 5 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. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
5. 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 DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061

  
D. Francisco Celdrán Gil

# **Acuerdo de Gestión 2020**

---

---

## **INDICADORES**

---

---



# **Acuerdo de Gestión 2020**

## **Anexo 1**

---

### **Despliegue y seguimiento de los Objetivos Acuerdo de Gestión a toda la organización**

---



<b>1.1.1</b>	<b>Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda la organización</b>
<b>Fórmula</b>	<p>1.1.1.1 Número de dispositivos asistenciales que firman Pactos de Gestión con su Gerencia y tienen designados a los referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100 / Total de dispositivos asistenciales</p> <p>1.1.1.2 Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos acordados</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 acordados</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 dispositivos asistenciales 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
- Conocer y difundir los objetivos en Calidad y Seguridad que figuran en el Pacto de Gestión
- 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.

2.1.1	Satisfacción en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la atención recibida por parte del 061 x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA
Meta	≥ 90%

2.1.2	Accesibilidad en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción el tiempo que pasó desde que se hizo la llamada hasta que llegó el equipo de emergencias sanitarias x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Extrahospitalarias
Meta	≥85%

## 2.2 Actualización de los Procesos asistenciales.

### 2.2.1 Manejo avanzado de la vía aérea en UME.

2.2.1.1	Registro de capnografía en intubaciones orotraqueales
Fórmula	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de capnografía x 100 / Pacientes con intubación orotraqueales realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 25%

2.2.1.2	Registro de saturación arterial de oxígeno en intubaciones orotraqueales
Fórmula	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de saturación arterial de oxígeno x 100 / Pacientes con intubación orotraqueales realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 50%. Primera medición

<b>2.2.1.3</b>	<b>Registro de parámetros de ventilación post intubación orotraqueal</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de los parámetros de ventilación post intubación (modo, frecuencia y relación tiempo inspiración/tiempo espiración) x 100 / Pacientes con intubación orotraqueal realizadas
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 50%.

<b>2.2.1.4</b>	<b>Protocolo de ventilación mecánica no invasiva de la Gerencia 061</b>
<b>Fórmula</b>	Elaboración de un protocolo específico de la Gerencia 061 de Murcia sobre ventilación mecánica no invasiva
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Elaboración del protocolo y diseño de la estrategia de implementación durante el primer semestre de 2020.

## 2.2.2 Resucitación cardiopulmonar en UME

<b>2.2.2.1</b>	<b>Actuación clínica adecuada en la resucitación cardiorrespiratoria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria ajustada a protocolo x 100 / Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	100%

<b>2.2.2.2</b>	<b>Recuperación de la circulación</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con recuperación de la circulación x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 40%

### 2.2.3 Crisis convulsivas en el adulto en UME.

2.2.3.1	Antecedentes de epilepsia previa registrados
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por crisis convulsiva en los que se registra en su historia clínica si tiene o no antecedente de epilepsia previa x 100/ Paciente atendidos por crisis convulsiva
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥95%

2.2.3.2	Recogida de datos en anamnesis
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por crisis convulsiva que tienen recogido en su historia clínica las características de la crisis convulsiva (duración y recuperación de la misma) x 100 / Pacientes atendidos por crisis convulsiva
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥70%

2.2.3.3	Exploración física registrada
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por crisis convulsiva que tienen registrado en su historia clínica que se les ha realizado la exploración física x 100 / Pacientes atendidos por crisis convulsiva
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥90%

2.2.3.4	Tratamiento del paciente con convulsiones
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por crisis convulsiva con administración de tratamiento ajustado a los protocolos asistenciales x 100 / Pacientes atendidos por crisis convulsiva
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥90%

2.2.3.5	Derivación a atención hospitalaria
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por crisis convulsiva con indicación de derivación hospitalaria que han sido derivados al hospital x 100 / Pacientes atendidos por crisis convulsiva con indicación de derivación hospitalaria
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	100%

## 2.2.4 Atención al gran quemado en UME.

<b>2.2.4.1</b>	<b>Tratamiento del paciente gran quemado</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con quemaduras mayores en los que se aplica tratamiento según los protocolos clínicos establecidos para ello x 100 / Pacientes atendidos con quemaduras mayores (Gran quemado)
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥90%

## 2.2.5 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono.

<b>2.2.5.1</b>	<b>Asistencia telefónica de la Parada Cardiorrespiratoria</b>
<b>Fórmula</b>	Llamadas clasificadas como parada cardiorrespiratoria en las que se ha dado indicación de reanimación cardiopulmonar telefónica x 100 / Llamadas clasificadas como parada cardiorrespiratoria
<b>Fuente</b>	ECHO 2
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.2.5.2</b>	<b>Mantener en línea hasta llegada de unidad</b>
<b>Fórmula</b>	Reanimaciones cardiorrespiratorias guiadas telefónicamente realizadas en las que se mantiene la línea telefónica abierta hasta la llegada de la unidad de Soporte Vital Avanzado x 100 / Reanimaciones cardiorrespiratorias guiadas telefónicamente realizadas
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.2.5.3</b>	<b>Actualización del protocolo de atención telefónica a la PCR pediátrica</b>
<b>Fórmula</b>	Elaboración de un nuevo protocolo de actuación para el CCU de atención telefónica a la PCR pediátrica
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Elaboración del protocolo y diseño de la estrategia de implementación durante el primer semestre de 2020.

## 2.2.6 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias.

<b>2.2.6.1</b>	<b>Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades UME</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME en los que conste el destino final del paciente, ya sea a centro hospitalario o alta in situ X100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 90%

<b>2.2.6.2</b>	<b>Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en los que conste el destino final del paciente, ya sea a centro hospitalario o alta in situ X100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 90%.

<b>2.2.6.3</b>	<b>Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por ambulancias no asistenciales (ANA)</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones asistenciales encomendadas a unidades ANA en los que conste el destino final del paciente X 100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades ANA
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 90%.

<b>2.2.6.4</b>	<b>Codificación del diagnóstico en UME</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME en las que figura el código CIE-9 del proceso diagnosticado X 100 / Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 95%.



<b>2.2.6.5</b>	<b>Codificación del diagnóstico en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en las que figura el código CIE-9 del proceso diagnosticado X 100 / Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades SUAP
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥ 90%

<b>2.2.6.6</b>	<b>Revisión diaria del sistema de comunicación TETRA</b>
<b>Fórmula</b>	Turnos de 24h en las que se hace la revisión del sistema de comunicaciones por parte del operador del CCU/ Total de turnos de 24h.
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥95%

## 2.2.7 Atención a la Faringoamigdalitis en SUAP.

<b>2.2.7.1</b>	<b>Adecuación del diagnóstico de faringoamigdalitis</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica adecuado según los criterios Centor x 100 / Pacientes atendidos con diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.2.7.2</b>	<b>Tratamiento adecuado en faringoamigdalitis</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con diagnóstico de faringoamigdalitis con tratamiento adecuado a etiología x 100 / Pacientes atendidos con diagnóstico de faringoamigdalitis
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥70%

## 2.2.8 Anafilaxia en UME.

<b>2.2.8.1</b>	<b>Tratamiento adecuado en anafilaxia</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos en los que se ha realizado un adecuado tratamiento x100/ Pacientes con diagnóstico de anafilaxia atendidos
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	80%

## 2.2.9 Otitis en SUAP.

<b>2.2.9.1</b>	<b>Tratamiento adecuado en Otitis externa</b>
<b>Fórmula</b>	Paciente con tratamiento de otitis externa adecuado al diagnóstico establecido x100/ Pacientes con otitis externa atendidos
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.2.9.2</b>	<b>Tratamiento adecuado en Otitis media</b>
<b>Fórmula</b>	Paciente con tratamiento de otitis media adecuado al diagnóstico establecido x100/ Pacientes con otitis media atendidos
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥55%

## 2.2.10 Manejo de la crisis hipertensiva en SUAP

<b>2.2.10.1</b>	<b>Protocolo de actuación ante una crisis hipertensiva en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Elaboración de un protocolo actualizado de manejo de crisis hipertensiva a nivel extrahospitalario para la Gerencia 061 de Murcia.
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Elaboración del protocolo y diseño de la estrategia de implementación durante el primer semestre de 2020.

<b>2.2.10.2</b>	<b>Incidencia de crisis hipertensiva en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos en SUAP diagnosticados de crisis hipertensiva x 100 /Pacientes atendidos en SUAP
<b>Fuente</b>	OMI SURE
<b>Meta</b>	Primera medición

## 2.2.11 Manejo de las arritmias en UME y SUAP.

<b>2.2.11.1</b>	<b>Protocolo de actuación ante una bradiarritmia a nivel extrahospitalario</b>
<b>Fórmula</b>	Elaboración de un protocolo actualizado de manejo de bradiarritmias a nivel extrahospitalario para la Gerencia 061 de Murcia.
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Elaboración del protocolo y diseño de la estrategia de implementación durante el primer semestre de 2020.

<b>2.2.11.2</b>	<b>Incidencia de bradiarritmias a nivel extraextrahospitalario</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por UME/SUAP diagnosticados de bradiarritmia x100 / Pacientes atendidos por UME/SUAP
<b>Fuente</b>	ECHO2
<b>Meta</b>	Primera medición

<b>2.2.11.3</b>	<b>Protocolo de actuación ante una taquiarritmia a nivel extrahospitalario</b>
<b>Fórmula</b>	Elaboración de un protocolo actualizado de manejo de taquiarritmias a nivel extrahospitalario para la Gerencia 061 de Murcia
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Elaboración del protocolo y diseño de la estrategia de implementación durante el primer semestre de 2020.

<b>2.2.11.4</b>	<b>Incidencia de taquiarritmias a nivel extrahospitalario</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por UME/SUAP diagnosticados de taquiarritmia x 100 / Pacientes atendidos por UME/SUAP
<b>Fuente</b>	ECHO2
<b>Meta</b>	Primera medición

## **2.2.12 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST)**

<b>2.2.12.1</b>	<b>Adecuación del traslado en pacientes con SCACEST</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 con indicación de angioplastia primaria que son trasladados a un hospital sin hemodinámica activa x 100 / Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 con indicación de angioplastia primaria
<b>Fuente</b>	ECHO2
<b>Meta</b>	0

<b>2.2.12.2</b>	<b>Terapia fibrinolítica en tiempo adecuado en UME</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de SCACEST cuyo primer contacto médico es la UME y que han recibido terapia fibrinolítica in situ, con intervalo de tiempo desde la llegada de la UME hasta la fibrinólisis de 30 minutos o menos x 100 / Pacientes con diagnóstico de SCACEST cuyo primer contacto médico es la UME y que han recibido terapia fibrinolítica in situ
<b>Fuente</b>	Historia clínica 061
<b>Meta</b>	≥ 95%

<b>2.2.12.3</b>	<b>Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto médico es el 061 y con realización de angioplastia primaria, cuyo tiempo desde la llegada de la unidad al lugar del aviso hasta la angioplastia es de 90 minutos o menos x 100 / Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria
<b>Fuente</b>	Historia clínica 061
<b>Meta</b>	≥ 80%

### 2.2.13 Código Ictus.

<b>2.2.13.1</b>	<b>Tiempo de respuesta en el paciente con Ictus</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con Ictus cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100/ Pacientes atendidos con Ictus
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥95%

<b>2.2.13.2</b>	<b>Hora de inicio de los síntomas</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con Ictus que tienen recogida en la historia clínica la hora de inicio de los síntomas x100/ Pacientes atendidos con Ictus
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥85%

<b>2.2.13.3</b>	<b>Situación basal del paciente con Ictus</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con Ictus que tienen recogida en la historia clínica la situación basal del paciente o la escala Rankin x100/ Pacientes atendidos con Ictus
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.2.13.4</b>	<b>Monitorización del paciente con Ictus</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con Ictus con monitorización de constantes vitales según protocolo x100/ Pacientes atendidos con Ictus
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.2.13.5</b>	<b>Traslado al hospital del paciente con Ictus</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con criterios de activación de Código Ictus derivados a hospital con capacidad de reperfusión x 100/ Pacientes atendidos con criterios de activación de Código Ictus
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	100 %

### 2.3 Mejora de la tipificación del nivel de urgencia de la llamada al 112.

<b>2.3.1</b>	<b>Adecuación del Sistema experto para el triaje telefónico</b>
<b>Fórmula</b>	Implantación de las medidas correctoras y reevaluación a 30 de noviembre de 2020
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Informe con medidas correctoras implantadas, resultados obtenidos e interpretación de los mismos

### 2.4 Calidad de los Sistemas de información.

<b>2.4.1</b>	<b>Historia clínica con datos administrativos en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias exteriores realizadas con registro en la Historia Clínica de los datos que permitan identificar al paciente, la unidad y número de aviso x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
<b>Fuente</b>	Historia clínica SUAP
<b>Meta</b>	≥95%

<b>2.4.2</b>	<b>Historia clínica con los tiempos de activación en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias exteriores realizadas con registro en la Historia Clínica de la hora de llegada al lugar de la asistencia y de llegada al hospital (en caso de traslado) x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
<b>Fuente</b>	Historia clínica SUAP
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.4.3</b>	<b>Historia clínica con datos clínicos en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias exteriores realizadas con registro en la Historia Clínica de anamnesis, exploración física, constantes, procedimientos realizados, juicio clínico y código CIE-10 x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
<b>Fuente</b>	Historia clínica SUAP
<b>Meta</b>	≥95%

<b>2.4.4</b>	<b>Historia clínica con datos administrativos en UME</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas con registro en la Historia Clínica de los datos que permitan identificar al paciente, la Unidad y número de aviso x 100 / Asistencias realizadas en UME
<b>Fuente</b>	Historia clínica UME
<b>Meta</b>	≥95%

<b>2.4.5</b>	<b>Historia clínica con los tiempos de activación en UME</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas con registro en la Historia Clínica de la hora de llegada al lugar de la asistencia y de llegada al hospital (en caso de traslado) x 100 / Asistencias realizadas en UME
<b>Fuente</b>	Historia clínica UME
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.4.6</b>	<b>Historia clínica con datos clínicos en UME</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas con registro en la Historia Clínica de anamnesis, exploración física, constantes, procedimientos realizados, juicio clínico y código CIE-10 x 100 / Asistencias realizadas en UME
<b>Fuente</b>	Historia clínica UME
<b>Meta</b>	≥90%

<b>2.4.7</b>	<b>Transferencia de pacientes con identificación de profesionales</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas que se derivan al hospital con registro en la historia clínica de la identificación de médico y enfermero de la unidad, e identificación de médico y enfermero receptor x 100 / Asistencias realizadas que se derivan al hospital Desagregado en SUAP y UME
<b>Fuente</b>	Historia clínica SUAP y UME
<b>Meta</b>	≥90% en los dos dispositivos

## 2.5 Calidad de los Cuidados.

<b>2.5.1</b>	<b>Plan de cuidados de enfermería en el SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas en SUAP con valoraciones, objetivos e intervenciones de enfermería registradas en la continuidad de cuidados de la historia clínica x 100 / Asistencias realizadas por enfermería en SUAP
<b>Fuente</b>	OMI SURE
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.5.2</b>	<b>Continuidad de cuidados de enfermería en el SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas en SUAP donde se refleja tratamiento y recomendaciones de enfermería en el informe de alta x 100 /Asistencias realizadas por enfermería en SUAP
<b>Fuente</b>	OMI SURE
<b>Meta</b>	Primera medición

## 2.6 Seguridad del paciente.

### 2.6.1 Sistema de notificación de incidentes.

<b>2.6.1.1</b>	<b>Análisis de incidentes notificados</b>
<b>Fórmula</b>	Análisis del evento o incidente con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización.
<b>Fuente</b>	SINASP, notificaciones de hospitales que llegan a Gerencia 061, intranet 061, comunicaciones escritas dirigidas a la Gerencia 061
<b>Meta</b>	Informe

### 2.6.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente.

<b>2.6.2.2</b>	<b>Conservación y temperatura de medicamentos en UME y SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Unidades donde se realiza el control diario de temperatura x 100 / Unidades UME y SUAP  Desagregado por UME y SUAP
<b>Fuente</b>	Diarios de las Unidades
<b>Meta</b>	85% en los dos dispositivos

<b>2.6.2.3</b>	<b>Control y mantenimiento de los almacenes en UME y SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Unidades donde se realiza el registro de control semanal de los almacenes x 100 / Unidades UME y SUAP  Desagregado por UME y SUAP
<b>Fuente</b>	Registro control de almacenes
<b>Meta</b>	95% en los dos dispositivos

<b>2.6.2.4</b>	<b>Control y mantenimiento de los carros de parada en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Unidades SUAP donde se realiza la revisión diaria del carro de parada x 100 / Unidades SUAP
<b>Fuente</b>	Registro control de carros de parada SUAP
<b>Meta</b>	95%

<b>2.6.2.5</b>	<b>Control de la esterilización del autoclave</b>
<b>Fórmula</b>	1. Unidades donde se realiza el control mensual químico mensual de esterilización del autoclave x 100 / Unidades con autoclave  2. Unidades donde se realiza el control mensual biológico mensual de esterilización del autoclave x 100/ Unidades con autoclave
<b>Fuente</b>	Registro controles de esterilización Gerencia 061
<b>Meta</b>	1. y 2. Primera medición

<b>2.6.2.6</b>	<b>Adecuación de la vía de administración de medicación en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Realización de un ciclo de mejora de calidad sobre el uso de la vía intramuscular para la administración de medicación en SUAP.
<b>Fuente</b>	Gerencia 061
<b>Meta</b>	Revisión sistemática de la literatura y estudio de situación actual en la Gerencia del 061 durante el año 2020.

<b>2.6.2.7</b>	<b>Programa IRAS-PROA de la Gerencia</b>
<b>Fórmula</b>	La Gerencia del 061 propondrá a la Comisión Regional las Actividades y Metas específicas para el año 2020 de acuerdo con el Programa Regional
<b>Fuente</b>	Gerencia del 061
<b>Meta</b>	Informe remitido a la SGCASE antes del 1 de marzo de 2020 Evaluación de las actividades previstas para final de año





# **Acuerdo de Gestión 2020**

## **Anexo 3**

---

---

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

---

---



<b>3.1</b>	<b>Tiempos de respuesta del 061 ante las Urgencias y Emergencias clasificadas como prioridad A1</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias con prioridad A1 realizadas en menos de 15 minutos, excluyendo las unidades fuera de zona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A 1
<b>Fuente</b>	ECHO e Historia clínica 061
<b>Meta</b>	95%

<b>3.2</b>	<b>Tiempos de respuesta del 061 ante las Urgencias y Emergencias clasificadas como prioridad A2</b>
<b>Fórmula</b>	Asistencias con prioridad A2 realizadas en menos de 30 minutos, excluyendo las unidades fuera de zona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A 2
<b>Fuente</b>	ECHO e Historia clínica 061
<b>Meta</b>	90%

<b>3.3</b>	<b>Gestión del transporte sanitario interhospitalario (TIH) en la modalidad Urgente o Emergente por el 061</b>
<b>Fórmula</b>	TIH que cumplen los indicadores (01, 02) x 100 / TIH efectuados
<b>Subindicadores</b>	2.3.01 Tiempo de llegada al centro emisor no superior a 30 minutos 2.3.02 Número de traslados urgentes y emergentes efectuados por cada mil servicios asignados por el CCU
<b>Fuente</b>	ECHO e Historia clínica 061
<b>Meta</b>	100%

<b>3.4</b>	<b>Tiempo de espera en las consultas urgentes en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Tiempo medio de espera para ser atendido por médico desde que se registra el paciente en OMI SURE
<b>Fuente</b>	OMI SURE
<b>Meta</b>	Primera medición

<b>3.5</b>	<b>Tasa de reconsulta en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que consultan de nuevo a las 72h tras la primera atención en SUAP/Pacientes atendidos en SUAP
<b>Fuente</b>	OMI SURE
<b>Meta</b>	Primera medición

<b>3.6</b>	<b>Tasa de resolución en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos en SUAP no derivados a urgencias hospitalarias/Pacientes atendidos en SUAP
<b>Fuente</b>	OMI SURE
<b>Meta</b>	Primera medición

<b>3.7</b>	<b>Consulta médica telefónica en CCU</b>
<b>Fórmula</b>	Llamadas atendidas por el CCU tipificadas como consulta médica / Llamadas atendidas por el CCU
<b>Fuente</b>	ECHO2
<b>Meta</b>	Primera medición

<b>3.8</b>	<b>Tiempo en consulta médica telefónica en CCU.</b>
<b>Fórmula</b>	Tiempo medio invertido por el sanitario para resolver una consulta telefónica
<b>Fuente</b>	ECHO2
<b>Meta</b>	Primera medición

<b>3.9</b>	<b>Tasa de resolución en consulta médica telefónica en CCU</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas telefónicas resueltas por CCU sin asignación de recurso / Consultas médicas realizadas
<b>Fuente</b>	ECHO2
<b>Meta</b>	Primera medición

# **Acuerdo de Gestión 2020**

## **Anexo 4**

---

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

---



#### 4.1. Formación especializada.

<b>4.1.1</b>	<b>Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes</b>
<b>Fórmula</b>	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes elaborado entre los responsables de Urgencias y la Comisión de docencia
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe: Evaluación y resultados de la implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia

#### 4.2. Formación continuada.

<b>4.2.1</b>	<b>Cumplimiento de las acciones formativas del plan aprobado por Desarrollo Profesional</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones formativas del Plan de INAP realizadas (ediciones) x 100/Acciones formativas del Plan de INAP (ediciones) aprobadas en la Comisión Paritaria de Formación Continua
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	≥ 80% de acciones (ediciones) ejecutadas, de las aprobadas

<b>4.2.3</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>4.2.5</b>	<b>Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales</b>
<b>Fórmula</b>	Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales Formula 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 5

---

---

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

---

---



<b>5.1</b>	<b>Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual</b>
<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: 38.267.497,14€

<b>5.2</b>	<b>Gasto en material sanitario</b>
<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: 601.733,22€

<b>5.3</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: 162.000,00€

<b>5.4</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: 2.100.00,00€

<b>5.5</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 de la Gerencia
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
<b>Meta</b>	Inferior a lo presupuestado



**Acuerdo de  
Gestión  
2020**