Servicio Murciano de Salud

Región de Murcia
Consejería de Salud

Acuerdo de Gestión

2023-24

Gerencia 061

INDICE

PRESENTACIÓN 5
MARCO NORMATIVO 5
CONSIDERACIONES GENERALES 6
LÍNEAS DE ACTUACIÓN 7
DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL ACUERDO 11
ESTIPULACIONES 13
ANEXO 1A 15
ANEXO 1B 17
ANEXO 2 21
ANEXO 3 25
ANEXO 4 27
ANEXO 5 29
ANEXO 6 31
ANEXO 7 33

PRESENTACIÓN

El **Acuerdo de Gestión (AG)** es el compromiso firmado por cada una de las gerencias de área o dispositivo sanitario con la Gerencia del Servicio Murciano de Salud (SMS). Se trata de una herramienta que vincula la gestión de la actividad de los profesionales y los recursos económicos, materiales y tecnológicos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización, los cuales pretenden avanzar en:

- Fortalecer la salud pública y comunitaria.
- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- Mejorar de forma continua la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos con el servicio recibido.
- Garantizar la continuidad de la atención en los procesos asistenciales.
- Implicar a los profesionales, cada uno en su nivel de responsabilidad, en la gestión de los recursos asignados.

MARCO NORMATIVO

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 la Región de Murcia establece en el artículo 11.f) en materias de sanidad e higiene. La experiencia acumulada 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 Salud y la segunda al 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 SMS 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, los principios que orientan las actuaciones del SMS 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 mejor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

CONSIDERACIONES GENERALES

El AG contempla una serie de líneas estratégicas y objetivos que contribuyen a alcanzar la mejora continua en la atención a los ciudadanos y en las condiciones de trabajo de los profesionales. Con este propósito, se evaluará los logros conseguidos mediante indicadores diseñados y seleccionados a tal efecto. Dichos indicadores deben cumplir con los requisitos de ser válidos, fiables y medibles.

Dada la complejidad organizativa y de gestión de un ente sanitario regional como el SMS, y especialmente para consolidar el cumplimento de aquellos objetivos que por su dificultad o dependencia de medidas adicionales o requisitos tecnológicos así lo precisan, la Gerencia del SMS ha acordado **ampliar del marco temporal de vigencia de este AG, dándole carácter bienal a los ejercicios 2023 y 2024**. En cualquier caso, se mantendrá la evaluación anual de cada ejercicio, informando de sus resultados a cada equipo directivo.

La gerencia de cada área o dispositivo asistencial dispondrá de la financiación adecuada para cumplir con los objetivos suscritos en el presente AG. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas asistenciales u organizativas sobrevenidas que tengan repercusión económica en el presupuesto de los ejercicios 2023 y 2024.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1: DESPLIEGUE DEL ACUERDO Y PACTOS DE GESTIÓN

Cómo impulso a la descentralización de la gestión hacia las áreas y centros, el Servicio Murciano de Salud ha incluido en los Acuerdos de Gestión de los últimos años la Línea Estratégica de "Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión".
El compromiso de la gerencia para alcanzar los objetivos contenidos en el presente AG requiere de la implicación de todos los profesionales, verdaderos protagonistas de la atención. Para ello, es fundamental la trasparencia de la información, de forma que todos los profesionales sean conocedores de los objetivos e indicadores de esta herramienta de gestión. Con ese propósito, la gerencia de área o dispositivo asistencial desplegara los objetivos del AG a todas las unidades y equipos de la forma que considere más adecuada para lograr el alcance pretendido, acordando con ellos metas que ayuden a la consecución de los objetivos estratégicos del área.

Con independencia de los acuerdos que se alcance para la consecución de los objetivos, a los que hace referencia en el punto anterior, la gerencia firmará **Pactos de Gestión** con los servicios/unidades y equipos en relación con los **objetivos propios** que el área considere oportunos.

Serán objeto de Pacto todos los servicios/unidades/equipos, diferenciando aquellos de carácter asistencial y los no asistenciales. Se consideran no asistenciales a aquellos servicios/unidades en los que no hay actividad asistencial directa. Los servicios/unidades/equipos asistenciales incluyen tanto a los que realizan atención directa al paciente como las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

El mínimo de objetivos por servicio/unidad o equipo será de 2 indicadores, dejando el límite máximo a la decisión de la gerencia.

Con carácter general, los indicadores definidos para los objetivos propios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser válidos: se trata de aspectos que tienen incidencia directa o indirecta en la mejora del servicio/atención al paciente.
- Ser medibles de manera cuantitativa: existe un sistema de información para medirlo de forma automática.
- Ser evaluables: se dispone de al menos una valoración previa a partir de la cual se pueden fijar metas.

Los Pactos de Gestión se remitirán a la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación en el modelo normalizado que corresponda (Unidades Asistenciales y Unidades No Asistenciales). Los Pactos de Gestión no incluirán el despliegue de los objetivos contenidos en el AG, sino sólo aquellos relacionados con objetivos propios de la gerencia.

La línea de actuación 1 contiene 2 objetivos:

Objetivo 1: Despliegue y difusión del Acuerdo de Gestión a todos los dispositivos de la gerencia.

Objetivo 2: Establecer Pactos de Gestión con las unidades /equipos o dispositivos en relación con los objetivos propios de la gerencia.

Para el seguimiento y evaluación de esta línea de actuación se monitorizarán los indicadores que se indican en ANEXO 1A

Para facilitar la realización de pactos de gestión con las unidades/equipos o dispositivos del área, en el ANEXO 1B aparece una relación de indicadores que pueden ser seleccionados total o parcialmente por la gerencia, si así lo considera conveniente. La gerencia puede además añadir otros indicadores que considere conveniente medir para valorar el cumplimiento de sus objetivos.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: 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.

La Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 con el presente acuerdo se compromete a mejorar la calidad de la atención y seguridad de la atención sanitaria con los siguientes objetivos:

Objetivo 1: Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.
Objetivo 2: Mejorar los procesos de asistenciales.
Objetivo 3: Mejorar la calidad de los sistemas de información.
Objetivo 4: Mejorar la calidad de los cuidados.
Objetivo 5: Mejorar la seguridad del paciente.

Para la valoración del cumplimiento de estos objetivos se monitorizarán los indicadores del ANEXO 2

LÍNEA DE ACTUACIÓN 3: ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

En el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de la Gerencia de Urgencias y emergencias 061 se realiza una serie de actividades específicas, que no se dan en ningún otro centro del SMS y que consisten en la gestión de las urgencias y emergencias sanitarias extrahospitalarias. Este centro se convierte, por tanto, en el eje principal de un servicio de emergencias sanitarias y el encargado de proporcionar la respuesta más adecuada a la demanda de atención de los ciudadanos.

La gestión del trasporte interhospitalario está dentro de la cartera de servicios de la Gerencia de Urgencias y Emergencias sanitarias 061 y para dar una respuesta eficiente a esta demanda debe coordinar todas las actuaciones necesarias en el menor tiempo posible, mejorando la seguridad del paciente y optimizando los recursos.

Los objetivos que contienen la línea 3 Accesibilidad y uso adecuado de los recursos son:

Objetivo 1: Mejorar los tiempos de respuesta en las situaciones de urgencias y emergencias sanitarias.
Objetivo 2: Garantizar un uso adecuado de los recursos.

En el ANEXO 3 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos en esta línea de actuación.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 4: USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS

Las mejoras en el acceso a los medicamentos por parte de los dispositivos que atienden las urgencias de atención primaria, así como el uso adecuado de los mismos, contribuyen a incrementar la eficiencia y seguridad del sistema sanitario.

El uso adecuado de antibióticos en procesos muy frecuentes, como la faringoamigdalitis, es un caso de especial relevancia, dada la disponibilidad de test diagnósticos que permiten mejorar el uso racional de los mismos y evitar la aparición de microorganismos multirresistentes.

En el ANEXO 4 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos de esta línea de actuación.

LINEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES

Los profesionales son, sin ninguna duda, el principal valor del SMS, por lo que es preciso intensificar las medidas que promuevan la salud individual y colectiva, así como su seguridad en el puesto de trabajo.

La vacunación frente a enfermedades trasmisibles como la gripe o el Covid-19 es una medida básica que, además de mejorar la protección individual, es eficaz para reducir la diseminación de estas patologías en el entorno sanitario.

Así mismo, las situaciones conflictivas se dan cada vez con más frecuencia en el ámbito de la prestación sanitaria, enturbiando el clima de cordialidad y respeto indispensable para dispensar un buen servicio público. Por ello, la Consejería de Salud y el Servicio Murciano de Salud han considerado prioritario el análisis de este problema emergente, asumiendo su compromiso de proteger la seguridad y la salud de los profesionales a su servicio, en cumplimiento de la ley de Prevención de Riesgos Laborales.

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.

Los objetivos priorizados por el SMS y la gerencia de área para contribuir al bienestar y desarrollo profesional de sus activos son los siguientes:

Objetivo 1: Mejorar la prevención en el ámbito laboral.
Objetivo 2: Aumentar la cobertura de vacunación entre los profesionales sanitarios.
Objetivo 3: Prevenir las agresiones a los profesionales.
Objetivo 4: Formación y desarrollo profesional.

LINEA DE ACTUACIÓN 6: SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

El mantenimiento de un sistema sanitario público y de calidad pasa por la utilización adecuada de los recursos puestos a disposición del sistema y, por la mejora continua de la eficiencia y el cumplimiento de los presupuestos asignados.

En el ANEXO 6 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos en esta línea de actuación, así como la asignación del presupuesto 2023 en cada uno de los objetivos económicos.

LINEA DE ACTUACIÓN 7: CUMPLIMIENTO DE LOS PACTOS DE GESTIÓN

Los Pactos de Gestión comienzan con la firma de estos con cada uno de los servicios/unidades/equipos y finalizan con la evaluación de los mismos.
Corresponde a la gerencia valorar el porcentaje de indicadores que cumplen con las metas pactadas indicando, en caso contrario, el plan de mejora específico a poner en marcha.

La gerencia remitirá al SGCASE un informe con el porcentaje de indicadores que cumplen con las metas pactadas, así como, los planes de mejora de aquellos indicadores que no alcancen las mismas en el año 2023.

Tal como se ha comentado anteriormente, en el ANEXO 1B, aparece una selección de indicadores que la gerencia puede utilizar, para la realización de pactos con los servicios/unidades/equipos. A estos se pueden añadir otros que la gerencia estime necesario para el cumplimiento de los objetivos propios del área de salud.

DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL ACUERDO

La puntuación máxima a alcanzar en cada año en el presente Acuerdo de Gestión es de 1000 puntos. La distribución de los mismos por la línea de actuación aparece en la siguiente tabla.

		2023-2024
1	**Despliegue del Acuerdo y Pactos de Gestión**	80
2	**Calidad y seguridad de la atención sanitaria**	250
3	**Accesibilidad y uso adecuado de los recursos**	150
4	**Uso apropiado de los medicamentos**	50
5	**Compromiso con los profesionales**	100
6	**Sostenibilidad económica**	250
7	**Cumplimiento de los Pactos de Gestión**	120

ESTIPULACIONES

REUNIDOS

De una parte, D. Francisco José Ponce Lorenzo, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra, D. Francisco Celdrán Gil, Director Gerente del 061.

ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el bienio 2023-2024, 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 2023-2024 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 que se suscribe establece el compromiso por la mejora de la atención sanitaria durante el periodo 1 de enero de 2023 a 31 de diciembre de 2024, salvo que se solicite una revisión de la vigencia por cualquiera de las partes con al menos dos meses de antelación, y en tanto no se suscriba el siguiente Acuerdo. No obstante, se realizará una evaluación anual al cierre del ejercicio de 2023.

Tercera - Objetivos

Los objetivos del presente Acuerdo de Gestión y sus indicadores están centrados en las siguientes líneas de actuación:

1. Despliegue del Acuerdo y Pactos de gestión.
2. Calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
4. Uso apropiado de los medicamentos.
5. Compromiso con los profesionales.
6. Sostenibilidad económica.
7. Cumplimiento de los Pactos de Gestión.

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 3 de abril de 2023

DIRECTOR GERENTE DEL SMS	DIRECTOR GERENTE DEL 061
D. Francisco José Ponce Lorenzo	D. Francisco Celdrán Ruiz.

ANEXO 1A

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO Y PACTOS DE GESTIÓN					Ponderación: 80/1000
Objetivo 1 Despliegue y difusión del Acuerdo de Gestión a todos los dispositivos de la gerencia					
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	Despliegue y difusión en el Área de las líneas estratégicas generales priorizadas en el Acuerdo de Gestión	La Gerencia elaborará un resumen ejecutivo con las directrices estratégicas, la ponderación, evaluación del Acuerdo de Gestión y establecerá un plan de difusión del mismo a toda la organización	Informe a 31 de mayo de 2023	Gerencia 061	**25**
Objetivo 2 Establecer Pactos de Gestión con las unidades /equipos o dispositivos en relación con los objetivos propios de la gerencia					
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	2.1 Entrega de Pactos realizados en formato normalizado		Documentación entregada a la SGCASE en formato normalizado a 31 de mayo de 2023	Gerencia 061	**25**
Todos los dispositivos	2.2 Porcentaje de dispositivos asistenciales y no asistenciales	Número de dispositivos asistenciales y No asistenciales que firman Pactos de Gestión con la Gerencia x 100 / Total de dispositivos asistenciales y No asistenciales de la Gerencia	100%	Gerencia 061	**30**

ANEXO 1B

PACTOS DE GESTIÓN 2023-2024 GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061			
LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA			
Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida			
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**
SUAP	2.1.5 Información en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP	Pacientes que valoran como bien o muy bien la información que le dieron antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debían seguir x 100 / Valoraciones realizadas	≥80%
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales			
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**
2.2.1 Manejo avanzado de la vía aérea			
UME	2.2.1.1 Registro de capnografía en Intubaciones orotraqueales	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de capnografía x 100 / Pacientes con intubación orotraqueal realizadas	≥ 65%
UME	2.2.1.2 Registro de saturación arterial de oxígeno en Intubaciones orotraqueales	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de saturación arterial de oxigeno x 100 / Pacientes con intubación orotraqueal realizadas	≥ 75%
UME	2.2.1.3 Registros de parámetros de ventilación post intubación orotraqueal	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de los parámetros de ventilación post intubación x 100 / Pacientes con intubación orotraqueal realizadas	≥ 75%
UME	2.2.1.4 Monitorización de indicadores de ventilación mecánica invasiva (VMNI)	Pacientes a los que se le ha realizado VMNI con registro en historia clínica de los valores en el respirador x 100 / Total de VMNI realizadas	≥ 80%

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA			
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales (cont.)			
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**
2.2.2 Resucitación cardiopulmonar			
UME	2.2.2.1 Actuación clínica adecuada en la resucitación cardiorrespiratoria	Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria ajustada a protocolo x 100 / Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria	≥90%
UME	2.2.2.3 Cumplimentación de la historia clínica en la parada cardiorrespiratoria (PCR)	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con registro en su historia clínica de todos los parámetros relevantes para su atención x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria	≥70%
2.2.3 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono			
CCU	2.2.3.1 Asistencia telefónica de la parada cardiorrespiratoria	Llamadas clasificadas como parada cardiorrespiratoria en las que se ha dado indicación de reanimación cardiopulmonar telefónica x 100 / Llamadas clasificadas como parada cardiorrespiratoria	≥90%
2.2.4 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias			
UME	2.2.4.1 Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades UME	Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME en los que conste el destino final del paciente, ya sea a centro hospitalario o alta in situ x 100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME	≥90%
SUAP	2.2.4.2 Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades SUAP	Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en los que conste el destino final del paciente, ya sea a centro hospitalario o alta in situ x 100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP	≥90%
CCU	2.2.4.3 Registro del destino del paciente por CCU	Acciones asistenciales donde se registra el destino del paciente en la carta de llamada	≥90%
UME	2.2.4.4 Codificación del diagnóstico en UME	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	≥90%
SUAP	2.2.4.5 Codificación del diagnóstico en SUAP	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	≥90%

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA			
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales (cont.)			
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**
2.2.9 Atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST)			
UME/SUAP	2.2.9.5 Cumplimentación de la Historia Clínica en SCACEST	Pacientes atendidos con SCACEST con registro en su historia clínica de todos los parámetros relevantes para su atención x 100 / Pacientes atendidos con SCACEST	≥70%
2.2.10 Código Ictus			
UME/SUAP	2.2.10.2 Hora de inicio de los síntomas	Pacientes atendidos con Ictus que tienen recogida en la historia clínica la hora de inicio de los síntomas x100/ Pacientes atendidos con Ictus	≥85%
UME/SUAP	2.2.10.3 Situación basal del paciente con Ictus	Pacientes atendidos con Ictus que tienen recogida en la historia clínica la situación basal del paciente con la escala Rankin x100/ Pacientes atendidos con Ictus	≥70%
UME/SUAP	2.2.10.4 Monitorización del paciente con Ictus	Pacientes atendidos con Ictus con monitorización de constantes vitales según protocolo x100/ Pacientes atendidos con Ictus	≥90%

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA			
Objetivo 5 Mejorar la Seguridad del paciente			
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**
2.5.1 Sistema de notificación de incidentes			
Todos los dispositivos	2.5.1.1 Incidentes notificados en SINAPS	Incremento de las notificaciones realizadas en el año que se evalúa respecto a las realizadas el año anterior	≥5%
2.5.2 Plan Regional para la Mejora de la Seguridad del paciente			
UME	2.5.2.1 Conservación y temperatura de medicamentos	Unidades donde se realiza el control diario de temperatura x 100 / Unidades UME	≥90%
SUAP		Unidades donde se realiza el control diario de temperatura x 100 / Unidades SUAP	
UME	2.5.2.2 Control y mantenimiento de los almacenes	Unidades donde se realiza el registro de control mensual de los almacenes x 100 / Unidades UME	≥95%
SUAP		Unidades donde se realiza el registro de control mensual de los almacenes x 100 / Unidades SUAP	
UME/SUAP	2.5.2.4 Control de la esterilización del autoclave (control químico y biológico mensual)	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	≥85%

ANEXO 2

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA					Ponderación: 250/1000
Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida					Ponderación 50/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
SUAP	2.1.3 Satisfacción en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la atención recibida por parte del 061-SUAP x 100 / Valoraciones realizadas	≥80%	SGCASE	25
SUAP	2.1.4 Accesibilidad en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar para que un sanitario les preguntara por primera vez, qué le pasaba x 100 / Valoraciones realizadas	≥80%	SGCASE	25
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales					Ponderación 105/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
2.2.2 Resucitación cardiopulmonar					
UME/SUAP	2.2.2.2 Recuperación de circulación	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con recuperación de la circulación x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria	≥60%	Gerencia 061	15
2.2.3 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono					
CCU	2.2.3.2 Mantener en línea hasta llegada de unidad	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	≥90%	Gerencia 061	10

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA					Ponderación: 250/1000
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales (cont.)					Ponderación 105/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
2.2.9 Atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST)					
UME/SUAP	2.2.9.1 Adecuación traslado a pacientes con SCACEST	Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 con indicación de angioplastia primaria que son trasladados a un hospital con hemodinámica activa x 100 / Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 con indicación de angioplastia primaria	≥95%	Gerencia 061	10
UME/SUAP	2.2.9.2 Terapia fibrinolítica en tiempo adecuado en UME	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	≥95%	Gerencia 061	15
UME/SUAP	2.2.9.3 Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061	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 llegada al hospital es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria	≥90%	Gerencia 061	15
UME/SUAP	2.2.9.4 Tiempo de respuesta en el paciente con SCA-CEST	Pacientes atendidos con SCACEST 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 SCACEST	≥90%	Gerencia 061	15

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA					Ponderación: 250/1000
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales (cont.)					Ponderación 105/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
2.2.10 Código Ictus					
UME/SUAP	2.2.10.1 Tiempo de respuesta en el paciente con Ictus	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	≥90%	Gerencia 061	15
UME/SUAP	2.2.10.5 Adecuación del traslado al hospital del paciente con Ictus	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	≥95%	Gerencia 061	10
Objetivo 3 Mejorar los Sistemas de información					Ponderación 20/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
SUAP	2.3.3.1 Transferencia de pacientes con identificación de los profesionales en SUAP	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	≥90%	Gerencia 061	10
UME	2.3.3.2 Transferencia de pacientes con identificación de los profesionales en UME	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	≥90%	Gerencia 061	10

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA					Ponderación: 250/1000
Objetivo 4 Mejorar la calidad de los cuidados					Ponderación 25/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
SUAP	2.4.1 Plan de cuidados de enfermería	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	≥70%	Gerencia 061	10
SUAP	2.4.2 Continuidad de cuidados de enfermería	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	≥35%	Gerencia 061	15
Objetivo 5 Mejorar la Seguridad del paciente					Ponderación 50/250
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
2.5.1 Sistema de notificación de incidentes					
UME/SUAP	2.5.1.1 Análisis Causa Raíz (ACR)	Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes SAC1 y SAC2 finalizados x 100 / Total de incidentes SAC1 y SAC2	SAC1 100% SAC2 ≥75%	Gerencia 061	20
UME/SUAP	2.5.1.2 Retraso en las notificaciones en SINAPS no gestionadas	Notificaciones en SINAPS de más de 1 mes no gestionadas x 100 / Notificaciones en SINAPS de más de 1 mes	≤10%	Gerencia 061	10
2.5.2 Plan Regional para la Mejora de la Seguridad del paciente					
SUAP	2.5.2.3 Control y mantenimiento de los carros de parada	Unidades SUAP donde se realiza la revisión diaria del carro de parada x 100 / Unidades SUAP	≥95%	Gerencia 061	20

ANEXO 3

LÍNEA DE ACTUACIÓN 3. ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS					Ponderación: 150/1000
Objetivo 1 Mejorar los tiempos de respuesta en las situaciones de urgencias y emergencias sanitarias					Ponderación 75/150
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
CCU	3.1 Tiempos de respuesta del 061 ante las urgencias y emergencias clasificadas como prioridad A1	Asistencias con prioridad A1 realizadas en menos de 15 minutos, excluyendo las unidades fuera de crona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A 1	≥95%	Gerencia 061	35
CCU	3.2 Tiempos de respuesta del 061 ante las urgencias y emergencias clasificadas como prioridad A2	Asistencias con prioridad A2 realizadas en menos de 30 minutos, excluyendo las unidades fuera de crona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A 2	≥90%	Gerencia 061	20
CCU	3.3 Gestión de transporte sanitario interhospitalario (TIH) en la modalidad urgente o emergente por el 061	TIH con tiempo de llegada al centro emisor no superior a 30 minutos x 100 / TIH efectuados	≥95%	Gerencia 061	20
Objetivo 2: Garantizar un uso adecuado de los recursos					Ponderación 75/10
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
SUAP	3.4 Tiempo de espera en las consultas urgentes en SUAP	Tiempo medio de espera para ser atendido por médico y enfermería desde que se registra el paciente en OMI SURE	≤15 min.	Gerencia 061/PIN	15
SUAP	3.5 Reconsultas en SUAP	Pacientes que consultan de nuevo a las 72h tras la primera atención en SUAP x 100/Pacientes atendidos en SUAP	≤4%	Gerencia 061/PIN	30
SUAP	3.6 Resolución en SUAP	Pacientes atendidos en SUAP no derivados a urgencias hospitalarias x 100/Pacientes atendidos en SUAP	≥90%	Gerencia 061/PIN	30

ANEXO 4

LÍNEA DE ACTUACIÓN 4. USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS					Ponderación: 50/1000
Objetivo 1 Despliegue de programas corporativos del SMS					
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
UME/SUAP	4.1 Apertura de un depósito de medicamentos en la Gerencia del 061	Apertura del depósito de medicamentos y productos sanitarios vinculado al Hospital Virgen de la Arrixaca, y suministro de medicación a los SUAP de todas las áreas y las UME, conforme a los pactos de medicación con la Unidad de Farmacia de la Gerencia	Informe	Servicio Gestión Farmacéutica. DGAS	10
SUAP	4.2 Utilización del test Strep A	Pacientes atendidos en SUAP con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda a los que se les realiza el test Strep A x 100 / Pacientes atendidos en SUAP con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda	≥85%	Servicio Gestión Farmacéutica. DGAS/PIN	20
SUAP	4.2 Tratamiento adecuado a etiología en la faringoamigdalitis	Pacientes atendidos en SUAP del denominador a los que se les prescribe antibióticos sistémicos x 100 / Pacientes atendidos en SUAP con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda con test de Strep A negativo	≤10%	Servicio Gestión Farmacéutica. DGAS/PIN	20

ANEXO 5

LÍNEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES					Ponderación: 100/1000
Objetivo 1 Mejorar la prevención en el ámbito laboral					Ponderación: 10/100
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	Comité de Seguridad y Salud del Área	Reunión trimestral del Comité de Seguridad y Salud del Área	4 reuniones al año	Gerencia 061	10
Objetivo 2 Aumentar la cobertura de vacunación entre los profesionales sanitarios					Ponderación: 20/100
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
UME/SUAP	2.5.9.6 Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la gripe x 100 / Profesionales sanitarios del centro	≥ 60%	PIN	10
UME/SUAP	1.5 Cobertura de vacunación frente a la COVID 19 en profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la COVID 19 con la dosis estacional x 100 / Profesionales sanitarios del centro	≥ 50%	PIN	10
Objetivo 3 Prevenir las agresiones a los profesionales					Ponderación: 35/100
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	2.8.1 Registro y comunicación del incidente	Número de agresiones validadas en los 15 días posteriores a la declaración x 100/ Número de agresiones declaradas por el personal	≥85%	Servicio de prevención de riesgo laborales	10
Todos los dispositivos	2.8.2 Actuaciones preventivas implantadas	Actuaciones preventivas propuestas que han sido implantadas x 100/ Actuaciones preventivas propuestas en las agresiones declaradas	≥ 85%	Servicio de prevención de riesgo laborales	15
Todos los dispositivos	2.8.3 Formación continuada en prevención de agresiones	Personal del Área que ha participado en cursos o grupos terapéuticos de prevención de agresiones en el año x 100/Personal del Área	≥ 5%	Servicio de prevención de riesgo laborales	10
Objetivo 4 Formación y desarrollo profesional. Formación continuada					Ponderación:35/100
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	5.1.1 Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales en profesionales diferentes	Profesionales del denominador que han recibido formación x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior	≥45% grupos A1,A2 y C1 ≥35% grupos C2 y E	Unidad de Desarrollo Profesional	20
Todos los dispositivos	5.1.2 Profesionales sanitarios que han recibido formación en Soporte Vital	Profesionales sanitarios (titulados en medicina y enfermería) formados en Soporte Vital en los últimos 5 años (periodo 2018-2022 para la evaluación del año 2023 y periodo 2019-2023 para la evaluación de 2024) X 100 / Total de profesionales sanitarios (titulados en medicina y enfermería) en el periodo	≥50%	Unidad de Desarrollo Profesional	15

ANEXO 6

LÍNEA DE ACTUACIÓN 6: SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA					Ponderación: 250/1000
Objetivo 1: Cumplimiento de los presupuestos asignados					
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	6.1.1 Gasto en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado	≤100%	Subdirección General de Asuntos Económicos	160
Todos los dispositivos	6.1.2 Gasto en material sanitario	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario	≤100%	Subdirección General de Asuntos Económicos	70
Todos los dispositivos	6.1.3 Recaudación en cobros a terceros	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros	≥80% del objetivo asignado	Subdirección General de Asuntos Económicos	20
Objetivo complementario					
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
	6.4 Ahorro presupuestario	(Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria)) x 1000 / Presupuesto asignado total de la Gerencia	Inferior a lo presupuestado	Subdirección General de Asuntos Económicos	

Asignación de presupuesto 2023	Total
Total 6.1.1 Gasto en Plantilla, Sustituciones y Personal Eventual	**54.700.571,00**
Total 6.1.2 Gasto en Material Sanitario	**1.678.968,87**
Total 6.1.3 Recaudación en cobros a terceros	**1.582.271,46**
Total 6.4 Ahorro Presupuestario	**60.383.754,80**

ANEXO 7

LÍNEAS DE ACTUACIÓN 7: CUMPLIMIENTO DE LOS PACTOS DE GESTIÓN					Ponderación: 120/1000
Objetivo 1 Conocer el grado de cumplimiento de los objetivos propios de los Pactos de Gestión					
Área de atención	**Indicador**	**Fórmula**	**Meta**	**Quien aporta la información**	**Peso porcentual**
Todos los dispositivos	1.3 Porcentaje de objetivos propios alcanzados	Número de indicadores evaluados x 100 /Total de indicadores pactados	≥90%	Gerencia 061	120
		Número de indicadores que alcanza la meta pactada x 100 / Total de indicadores pactados	≥85%		

Región de Murcia
Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE
Arrixaca

ÁREA III

Área de Salud Cartagena

Area IV noroeste

Gerencia Única del Altiplano
área v

Acuerdo de Gestión 2023-24

Area Vega Media del Segura

ÁREA DE SALUD VII
MURCIA ESTE

AREA DE SALUD VIII
MAR MENOR

GERENCIA DE ÁREA IX
VEGA ALTA DEL SEGURA

061

Román Alberca
Hospital Psiquiátrico

salud mental