

# Acuerdo de Gestión 2019

Gerencia del Área  
de Salud IV





## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN  | 3  |
| OBJETIVOS   | 5  |
| EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO  | 7  |
| ESTIPULACIONES  | 9  |
| INDICADORES   | 11 |
| ANEXO 1. DESPLIEGUE 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   | 23 |
| 2.2.2 Atención al Parto   | 23 |
| 2.2.3 Impulsar la lactancia materna   | 23 |
| 2.2.4 Cáncer  | 24 |
| 2.2.7 Cuidados hospitalarios  | 25 |
| 2.3 Cuidados paliativos   | 26 |
| 2.4 Indicadores de “No hacer”   | 27 |
| 2.5 Atención Primaria   | 30 |
| 2.5.1 Atención al niño  | 31 |
| 2.5.2 Atención al puerperio   | 32 |
| 2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica          | 32 |
| 2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus                                | 33 |
| 2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares                               | 34 |
| 2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados                           | 34 |
| 2.5.8 Atención grupal y comunitaria   | 35 |
| 2.5.9 Inmunizaciones programadas  | 35 |
| 2.5.10 Continuidad asistencial  | 36 |
| 2.6 Seguridad del paciente  | 36 |
| 2.6.1 Sistema de notificación de incidentes                                     | 36 |
| 2.6.2 Programas IRAS-PROAS  | 37 |
| 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico   | 38 |
| 2.6.5 Seguridad de los medicamentos   | 39 |
| 2.7 Salud mental  | 39 |
| ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS          | 41 |
| 3.1 Accesibilidad   | 43 |
| 3.2 Uso adecuado de los recursos  | 46 |
| 3.3 Incapacidad temporal  | 47 |
| 3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta                                     | 48 |
| ANEXO 4. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS                                       | 49 |
| 4.1 Medicina Familiar y Comunitaria   | 51 |
| 4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica                                  | 51 |
| 4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos                            | 51 |
| 4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos | 52 |
| 4.2 Pediatría en Atención Primaria  | 54 |
| 4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos.                           | 54 |
| 4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos | 54 |
|   | 55 |

|   |    |
|---|----|
| 4.3 Salud mental  |    |
| 4.4 Especialidades hospitalarias  | 55 |
| 4.4.1 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital                          | 55 |
| 4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud                               | 56 |
| ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES              | 59 |
| 5.1 Formación sanitaria especializada   | 61 |
| 5.2 Formación continuada  | 61 |
| ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO | 63 |
| 6.1 Presupuesto   | 65 |

## 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 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 (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 racional de los medicamentos.**

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

|   |   | 2019 |
|---|---|------|
| 1 | <b>Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.</b>   | 150  |
| 2 | <b>Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.</b>                                 | 280  |
| 3 | <b>Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.</b>                               | 220  |
| 4 | <b>Uso racional de los medicamentos.</b>  | 100  |
| 5 | <b>Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.</b>             | 50   |
| 6 | <b>Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.</b> | 200* |

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

| Subpartados  | Porcentaje | Puntos |
|--|------------|--------|
| Personal**   | 22,5       | 45     |
| Farmacia Hospitalaria                                    | 15         | 30     |
| Precios medios en el 60 % de tratamientos seleccionados  | 5          | 10     |
| Precios medios en el total de tratamientos seleccionados | 2,5        | 5      |
| Material Sanitario                                       | 17,5       | 35     |
| Precio medio en prótesis de Traumatología                | 5          | 10     |
| Conciertos y Autoconciertos                              | 22,5       | 45     |
| Receta Farmacéutica                                      | 5          | 10     |
| Facturación en convenios                                 | 2          | 4      |
| Recaudación a terceros                                   | 3          | 6      |

\*\*Personal: Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual.

La Gerencia dispondrá de la financiación adecuada con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Acuerdo de Gestión 2019. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas que tengan repercusión económica en el presupuesto del Área para el presente ejercicio. Para ello deberán tener el carácter de "Nueva Acción" que

incluya los objetivos y actividades previstas así como el informe de la Subdirección General de Asuntos Económicos y ser aprobadas por el Gerente del Servicio Murciano de Salud”.

## 2. Seguimiento y Evaluación.

Los objetivos se evaluarán con los indicadores definidos en los anexos correspondientes. Con carácter general, se valorarán las mejoras relativas en actividad o rendimiento frente al punto de partida (mejora conseguida frente al espacio total de mejora posible/valor estándar/meta en cada caso). Para evitar que valores cercanos al estándar no puntúen, se corregirán estos valores por la posición en un ranking donde figuren todas las áreas y que supone el 50% de la puntuación total.

## REUNIDOS

De una parte, D. Asensio López Santiago, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra D<sup>a</sup> Mercedes Barba Pérez, Directora Gerente del Área de Salud IV.

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2019, comprometiéndose a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos los objetivos que aquí se recogen. A estos efectos, las partes formalizan este compromiso de acuerdo con las siguientes

## ESTIPULACIONES

### Primera - Objeto

El objeto del presente Acuerdo de Gestión es la regulación para el periodo de 2019 de la prestación de asistencia sanitaria a la población protegida por el Servicio Murciano de Salud, así como la financiación asignada para la realización de estos servicios.

### Segunda - Vigencia

El Acuerdo de Gestión establece el marco de actuaciones para los servicios prestados durante el presente ejercicio con efectos de 1 de enero de 2019.

### Tercera - Objetivos

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

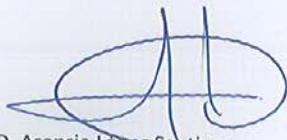
1. Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
4. Uso racional de los medicamentos.
5. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
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 25 de febrero de 2019.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

DIRECTORA GERENTE DEL ÁREA DE SALUD IV



D. Asensio López Santiago.



Dña. Mercedes Barba Pérez



# **Acuerdo de Gestión 2019**

---

---

## **INDICADORES**

---

---



# **Acuerdo de Gestión 2019**

## **Anexo 1**

---

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

---





| 1.1.1          | <b>Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria que firman Pactos de Gestión con su Gerencia de Área, incluyendo la designación de referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100/ Total de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria de la Gerencia de Área</li> <li>• Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos del Área de Salud</li> <li>• Número de Pactos en los que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos x 100 / Total de Pactos del Área de Salud</li> </ul> |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | 100% en cada uno de los subindicadores   |

#### **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 2019**

## **Anexo 2**

---

### **MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

---



## 2.1 Calidad Percibida.

La evaluación de la consecución de este objetivo se realizará puntuando de la manera siguiente:

| 2.1.1          | Mejoras obtenidas en los indicadores seleccionados específicamente para cada Área   |      |
|----------------|---|------|
| <b>Fórmula</b> | Mejora relativa de los indicadores seleccionados  |      |
| <b>Fuente</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de actividades realizadas debidamente documentadas</li> <li>- Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria</li> </ul>   |      |
| <b>Meta</b>    | Porcentaje que se indica para cada indicador  |      |
|                | Indicadores seleccionados   | Meta |
|                | Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en Urgencias del hospital x 100/ Valoraciones realizadas   | ≥80% |
|                | 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 la consulta de Consultas Externas x100 / Valoraciones Realizadas                              | ≥80% |
|                | Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en consulta de Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas   | ≥80% |
|                | Mujeres que durante su estancia en el hospital para parir 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 | ≥90% |

| 2.1.2          | Satisfacción en Atención Primaria   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Usuarios que califican con 8 o más su satisfacción con el centro de salud x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 90%   |

| <b>2.1.3</b>   | <b>Accesibilidad general en Atención Primaria</b>                                |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria                      |
| <b>Meta</b>    | ≥75%   |

| <b>2.1.4</b>   | <b>Calidad científico-técnica del personal del área de administración en Atención Primaria</b> |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas               |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria                                    |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

| <b>2.1.5</b>   | <b>Satisfacción en el Área de Hospitalización</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización   |
| <b>Meta</b>    | ≥85%  |

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

| <b>2.1.7</b>   | <b>Organización en el Área de Hospitalización</b>                                |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización                        |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

| <b>2.1.9</b>   | <b>Información en el Área Quirúrgica</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos                  |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

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

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

| <b>2.1.12</b>  | <b>Organización en el Área Obstétrica</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos                     |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

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

| <b>2.1.14</b>  | <b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en el Servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias   |
| <b>Meta</b>    | ≥65%  |

| <b>2.1.15</b>  | <b>Información en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>                         |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias                |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

| <b>2.1.16</b>  | <b>Organización en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que durante su estancia en el Servicio de Urgencias del hospital pudieron saber siempre con facilidad si quienes les atendían eran médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores o personal de cualquier otro tipo x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias   |
| <b>Meta</b>    | ≥85%  |

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

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

| <b>2.1.19</b>  | <b>Información en el Área de Consultas Externas</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con la información que le ha dado el médico en su última visita a las Consultas Externas del hospital, sobre su enfermedad, el tratamiento y/o los cuidados que debían seguir x 100/ Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas   |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

| <b>2.1.20</b>  | <b>Recetas en el Área de Consultas Externas</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en la consulta x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas   |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

| <b>2.1.21</b>  | <b>Satisfacción en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Padres que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital en el que estuvo ingresado su hijo/a x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica  |
| <b>Meta</b>    | 80%   |

| <b>2.1.22</b>  | <b>Información en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>                   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | ∑ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica          |
| <b>Meta</b>    | 85%   |



|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.23</b>  | <b>Organización en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>                         |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica                 |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

## 2.2 Atención hospitalaria.

### 2.2.2 Atención al Parto.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.2.1</b> | <b>Episiotomías en partos eutócicos</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía x 100 / Mujeres con parto eutócico |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | $\leq$ 20%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.2.2</b> | <b>Partos por cesáreas</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Mujeres a las que se les ha practicado una cesárea x 100 / Mujeres con parto |
| <b>Fuente</b>  | CMBD   |
| <b>Meta</b>    | $\leq$ 22%   |

### 2.2.3 Impulsar la lactancia materna.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.3.1</b> | <b>Tasa de lactancia materna exclusiva al alta</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | $\geq$ 70%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.3.2</b> | <b>Contacto precoz madre-recién nacido</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Mujeres y recién nacidos que han tenido contacto piel con piel, durante al menos 50 minutos, tras el parto vaginal o cesárea x 100 / Mujeres gestantes de 37 a 41 semanas completas que han tenido un parto vaginal o se les ha practicado una cesárea |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | $\geq$ 75%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.3.3</b> | <b>Inicio temprano de la lactancia materna</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Recién nacidos que son amamantados en la primera hora de vida x 100 / Recién nacidos en gestantes de 37 a 41 semanas completas |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥65%   |

## 2.2.4 Cáncer.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.4.1</b> | <b>Evaluación por el Comité de cáncer de mama</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluadas por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama |
| <b>Fuente</b>  | CMBD e Informe del hospital (Informe de Anatomía Patológica)   |
| <b>Meta</b>    | ≥95%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.4.2</b> | <b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes cuyo intervalo de tiempo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento de cáncer de mama es igual o inferior a 28 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥95%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.4.4</b> | <b>Evaluación por el Comité de cáncer colorrectal</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han sido evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal |
| <b>Fuente</b>  | CMBD e Informe hospital  |
| <b>Meta</b>    | ≥95%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.4.5</b> | <b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal cuyo intervalo de tiempo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento de cáncer colorrectal es igual o inferior a 30 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han recibido tratamiento |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥95%  |

## 2.2.7 Cuidados hospitalarios.

| <b>2.2.7.1</b> | <b>Plan de Acogida al ingreso</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes ingresados más de 24 horas que tienen registrada la realización correcta del Plan de Acogida en una unidad de hospitalización x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas en una unidad de hospitalización |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%  |

| <b>2.2.7.2.</b> | <b>Valoración temprana del riesgo de Úlceras por presión (UPP)</b>  |
|-----------------|---|
| <b>Fórmula</b>  | Pacientes que tiene registro de la valoración de riesgo de padecer UPP mediante la escala Braden, en las primeras 24 horas de su ingreso en una unidad de hospitalización x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas en una unidad de hospitalización |
| <b>Fuente</b>   | SELENE  |
| <b>Meta</b>     | ≥ 80%   |

| <b>2.2.7.3</b> | <b>Desarrollo de úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con registro en su historia clínica de al menos una UPP desarrollada durante su estancia hospitalaria x 100 / Pacientes ingresados más de 48 horas |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 1%   |

| <b>2.2.7.5</b> | <b>Desarrollo de úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria en pacientes identificados en riesgo</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes identificados de riesgo moderado- alto de UPP y que desarrollan una UPP durante su ingreso x 100 / Pacientes identificados de riesgo moderado - alto de UPP |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≤2,5%   |

| <b>2.2.7.7</b> | <b>Valoración temprana del riesgo de Caídas</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que tienen registro de la valoración de riesgo de caídas, mediante la escala Downton, en las primeras 24 horas de su ingreso en una unidad de hospitalización x 100/ Pacientes ingresados más de 24 horas en una unidad de hospitalización |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%  |

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

| <b>2.2.7.9</b> | <b>Extravasaciones catéter venoso periférico</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con catéter venoso periférico y el motivo de retirada es por extravasación x 100 / Pacientes con catéter venoso periférico |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤10%   |

| <b>2.2.7.10</b> | <b>Informes de continuidad de cuidados al alta</b>  |
|-----------------|---|
| <b>Fórmula</b>  | Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias |
| <b>Fuente</b>   | SELENE  |
| <b>Meta</b>     | ≥60%  |

| <b>2.2.7.11</b> | <b>Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados</b>          |
|-----------------|--|
| <b>Fórmula</b>  | Número de actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad en periodo de estudio |
| <b>Fuente</b>   | Informe de actividades   |
| <b>Meta</b>     | ≥ 3  |

## **2.3 Cuidados Paliativos.**

| <b>2.3.1</b>   | <b>Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos |
| <b>Fuente</b>  | ESAD-ESAH  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

## 2.4 Indicadores de “No hacer”.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.4.1</b>   | <b>Prescripción de radiografía de tórax en pacientes de bajo riesgo anestésico</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha prescrito radiografía de tórax x 100/Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.2</b>   | <b>Sondaje vesical en pacientes con cirugía gastrointestinal</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con sondaje vesical de más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal x 100/Pacientes con cirugía gastrointestinal y sondaje vesical |
| <b>Fuente</b>  | CMBD, SELENE  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.4.3</b>   | <b>Cirugía de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera, con cirugía de cadera realizada con posterioridad a las 48 horas desde el ingreso x 100/Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera |
| <b>Fuente</b>  | CMBD, SELENE   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.4</b>   | <b>Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida el segundo día tras la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente |
| <b>Fuente</b>  | SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.5</b>   | <b>Uso de fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson</b>                             |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes del denominador en los que se han prescrito medicamentos con antieméticos, antivertiginosos, procinéticos x 100 / Pacientes con Parkinson y/o prescripción de fármacos para Parkinson |
| <b>Fuente</b>  | Subgrupos terapéuticos incluidos (Cinta de facturación del COF), OMI-AP (CIAP Parkinson)  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.6</b>   | <b>Uso de paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Envases de paracetamol 1g dispensados a través de receta oficial x 100/ Envases de paracetamol dispensados a través de receta oficial |
| <b>Fuente</b>  | Cinta de facturación del COF  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.7</b>   | <b>Determinación de PSA en pacientes asintomáticos sin antecedentes familiares</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Hombres de 50 o más años asintomáticos y sin antecedentes de primer grado de cáncer de próstata con determinación de PSA x 100/ Hombres de 50 o más años asintomáticos y sin antecedentes de primer grado de cáncer de próstata |
| <b>Fuente</b>  | OMI, SELENE, Modulab  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.8</b>   | <b>Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulino dependientes</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes diabéticos tipo 2 que toman sólo medicación oral no hipoglucemiante a los que se controla mediante tiras reactivas y/o glucómetros x 100/ Pacientes diabéticos tipo 2 que toman sólo medicación oral no hipoglucemiante |
| <b>Fuente</b>  | OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.9</b>   | <b>Uso de apósitos de plata en heridas no infectadas</b>                          |
| <b>Fórmula</b> | Curas de heridas en las que se utilizan apósitos de plata x 100/ Curas de heridas |
| <b>Fuente</b>  | OMI, SELENE   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.10</b>  | <b>Reevaluación de anticuerpos tiroideos en disfunción tiroidea</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con una determinación positiva de anticuerpos antitiroideos a los que se les pide otra determinación x 100/ Pacientes con una determinación positiva de anticuerpos antitiroideos |
| <b>Fuente</b>  | SELENE, Modulab.  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.4.11</b>  | <b>Uso rutinario de un inhibidor directo de la renina asociado con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARAII)</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diabetes o insuficiencia renal 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 con diabetes o insuficiencia renal a los que se dispensa a través de receta oficial un inhibidor directo de la renina |
| <b>Fuente</b>  | SELENE, Modulab, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras  |

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

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.13</b>  | <b>Uso de dos o más antiinflamatorios no esteroides de manera simultánea</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes de 18 años o más a los que se dispensa 2 o más AINEs de manera simultánea a través de receta oficial x 100/ Pacientes de 18 años o más a los que se dispensa AINEs a través de receta oficial |
| <b>Fuente</b>  | OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.14</b>  | <b>Uso de benzodiazepinas en pacientes mayores con insomnio, agitación o delirio</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 75 años con insomnio, agitación o delirio a los que se dispensa benzodiazepinas a través de receta oficial x 100/ Pacientes mayores de 75 años con insomnio, agitación o delirio |
| <b>Fuente</b>  | OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.15</b>  | <b>Uso de broncodilatadores sin corticoides inhalados en pacientes con asma</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diagnóstico de asma a los que se dispensa broncodilatadores de vida media/larga sin corticoide inhalado asociado a través de receta oficial x 100/ Pacientes con diagnóstico de asma a los que se dispensa broncodilatadores de vida media/larga a través de receta oficial |
| <b>Fuente</b>  | OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.16</b>  | <b>Insuficiencia de material endoscópico para estudios de biología molecular</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Estudios de biología molecular en patología tumoral con falta total o parcial de resultados por agotamiento del material endoscópico x 100/ Estudios de biología molecular en patología tumoral |
| <b>Fuente</b>  | Sistema de información de Anatomía Patológica, SELENE   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.17</b>  | <b>Uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes sin complicaciones gastrointestinales</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes entre 18 y 65 años sin complicaciones gastrointestinales con dispensación de IBP a través de receta oficial x 100/ Pacientes entre 18 y 65 años sin complicaciones gastrointestinales |
| <b>Fuente</b>  | OMI, SELENE, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.4.18</b>  | <b>Reevaluación de anticuerpos antinucleares</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con dos determinaciones de anticuerpos antinucleares en un intervalo de tres meses o menos x 100/ Pacientes con determinación de anticuerpos antinucleares |
| <b>Fuente</b>  | SELENE, Modulab  |
| <b>Meta</b>    | Medición basal y propuesta de mejoras  |

## 2.5 Atención Primaria.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.5.0</b>   | <b>Indicadores seleccionados de Cartera de Servicios de Atención Primaria</b> |
| <b>Fórmula</b> | Promedio de la mejora relativa de los 3 indicadores seleccionados*            |
| <b>Fuente</b>  | Cartera de servicios de Atención Primaria                                     |
| <b>Meta</b>    | 100%  |

\*Ver tabla siguiente

| <b>CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>         | <b>Meta</b> |
|--|-------------|
| 3.2.1a Pacientes atendidos a domicilio por enfermero/día | ≥3          |
| 5.1.3 Revisiones periódicas en niños de 14 años          | ≥90         |
| 24.2.1 Fumadores con oferta de ayuda                     | ≥30         |



## 2.5.1 Atención al niño.

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

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.5.1.2</b> | <b>Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida</b>                           |
| <b>Fórmula</b> | Niños/as que han cumplido los 6 meses que son alimentados con lactancia materna x 100 / Niños/as de 6 meses |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥35%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.5.1.4</b> | <b>Seguimiento del sobrepeso/obesidad en la infancia</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad incluidos en el Programa de sobrepeso/ obesidad infantil en Atención Primaria x 100 / Niños/as de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥25%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.5.1.5</b> | <b>Control de tensión arterial (TA) en los 6 primeros años de vida</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Niños/as de 6 años que cuentan con al menos un registro en la historia clínica de TA x 100 / Niños/as de 6 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥70%  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.5.1.6</b> | <b>Revisión de salud a los 11 años de edad. Programa de Atención al Niño y Adolescente (PANA)</b> |
| <b>Fórmula</b> | Niños/as con la revisión de salud de los 11 años realizada x 100/ Niños/as de 11 años de edad     |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥50%  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.5.1.7</b> | <b>Actividades grupales dirigidas a la población infantojuvenil</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Realización de actividades de carácter grupal y/o comunitario dirigidas a la infancia, adolescencia, madres/padres o familias |
| <b>Fuente</b>  | Informe de la Gerencia que deberá cumplimentar una ficha, especificando la actividad desarrollada                             |
| <b>Meta</b>    | Los profesionales del EAP estarán implicados en 3 actividades   |

## 2.5.2 Atención al puerperio.

| <b>2.5.2.1</b> | <b>Visita puerperal en los 10 días siguientes al parto</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Mujeres que tienen registro de parto en OMI a las que se realiza anamnesis y exploración en la visita puerperal en los 10 días siguientes al parto x 100 /Mujeres que tienen registro de parto en OMI |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥60%  |

## 2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

| <b>2.5.3.1</b> | <b>Adecuación diagnóstica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ( EPOC)</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico nuevo de EPOC en los últimos 12 meses con FEV1/FCV inferior a 0,7 en espirometría postbroncodilatación x 100 / Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC en los últimos 12 meses |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

| <b>2.5.3.2</b> | <b>Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥50%   |

| <b>2.5.3.3</b> | <b>Vacunación frente a la gripe en EPOC</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que han sido vacunados contra la gripe en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticadas de EPOC |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥60%   |

| <b>2.5.3.4</b> | <b>Prevalencia de tabaquismo en pacientes con EPOC</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC con registro de consumo de tabaco positivo en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≤10%  |

| <b>2.5.3.5</b> | <b>Consejo de abandono del consumo de tabaco a fumadores con EPOC</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en los últimos 12 meses y han recibido consejo para abandonar el consumo de tabaco x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en los últimos 12 meses |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

| <b>2.5.3.6</b> | <b>Seguimiento en Atención Primaria tras alta por EPOC</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC, dados de alta, citados en consulta de Atención Primaria en los 4 días naturales posteriores al alta x100/ Pacientes mayores de 40 años dados de alta por EPOC |
| <b>Fuente</b>  | OMI, CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥50%   |

## 2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

| <b>2.5.4.1</b> | <b>Cribado factores de riesgo de Diabetes</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Personas mayores de 45 años a las que se les ha realizado el test de Findrisk x 100/ Personas mayores de 45 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥15%   |

| <b>2.5.4.2</b> | <b>Determinación de hemoglobina glicosilada</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen una determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥60%   |

| <b>2.5.4.3</b> | <b>Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o iguales a 7%</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados 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 diagnosticados de Diabetes Mellitus |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥50%  |

## 2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

| <b>2.5.5.1</b> | <b>Cribado de hábito tabáquico</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica del hábito tabáquico en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 14 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥25%   |

| <b>2.5.5.2</b> | <b>Consejo antitabaco a personas fumadoras</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica de tabaquismo a los que se le ha ofrecido consejo antitabaco en los últimos 24 meses x 100 / Personas fumadoras mayores de 14 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥65%   |

| <b>2.5.5.3</b> | <b>Control adecuado de Tensión Arterial en pacientes hipertensos</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA con valores en el último control de TA diastólica <90 y TA sistólica <140, en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticadas de HTA |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥50%   |

## 2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

| <b>2.5.6.1</b> | <b>Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con una valoración del Índice de Katz $\geq C$ que son atendidos en el domicilio x 100 / Pacientes con una valoración del índice de Katz $\geq C$ |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 20%   |

| <b>2.5.6.2</b> | <b>Valoración Inicial en pacientes inmovilizados</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) en los últimos 12 meses y que, en los tres meses posteriores a su inclusión, tienen una valoración de:<br>Sobrecarga de la persona cuidadora principal mediante el “test de Zarit”<br>Situación socio familiar mediante “test de Gijón”<br>Índice de Katz<br>x 100 / Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) en los últimos 12 meses |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥30%   |

| <b>2.5.6.6</b> | <b>Úlceras por presión en pacientes inmovilizados</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) que tienen registrado nuevos episodios de úlceras por presión de cualquier grado y localización en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≤20%  |

| <b>2.5.6.7</b> | <b>Planes de Cuidados a pacientes inmovilizados</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) con seguimiento del plan de cuidados en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥55%   |

## 2.5.8 Atención grupal y comunitaria.

| <b>2.5.8.1</b> | <b>Actividades grupales con pacientes crónicos</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Realización o participación en actividades de carácter grupal preferentemente a personas diabéticas, con EPOC y a cuidadores de pacientes crónicos o inmovilizados |
| <b>Fuente</b>  | Informe de la Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | Los profesionales del EAP estarán implicados en 3 actividades  |

| <b>2.5.8.2</b> | <b>Intervención comunitaria</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Planificación, desarrollo y ejecución de al menos una acción de intervención comunitaria |
| <b>Fuente</b>  | Informe de la Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | Los profesionales del EAP estarán implicados en 1 actividad                              |

| <b>2.5.8.3</b> | <b>Proyecto de intervención sociosanitaria</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Proyecto de intervención sociosanitaria en los EAP con trabajador social   |
| <b>Fuente</b>  | Informe de la Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | 1 Proyecto por EAP con trabajador social (Será un proyecto único cuando el mismo trabajador social intervenga en varios EAP) |

## 2.5.9 Inmunizaciones programadas.

| <b>2.5.9.1</b> | <b>Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Niños/as mayores o iguales a 5 años de edad y menores de 6 años que han recibido la segunda dosis de vacuna triple vírica x 100 / Niños/as mayores o iguales a 5 años de edad y menores de 6 años. |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 95%  |

| <b>2.5.9.2</b> | <b>Cobertura de vacunación frente al meningococo C</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Niños/as mayores o iguales a 12 años y menores a 13 años vacunados frente al meningococo C x 100 / Niños/as mayores o iguales a 12 años y menores a 13 años |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 90%   |

| <b>2.5.9.3</b> | <b>Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Niñas mayores o iguales a 12 años y menores de 13 que han recibido la 1ª dosis de vacuna contra el VPH x 100 / Niñas mayores o iguales a 12 años y menores de 13 |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 90%  |

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

## 2.5.10 Continuidad asistencial.

| <b>2.5.10.1</b> | <b>Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria</b>  |
|-----------------|--|
| <b>Fórmula</b>  | Pacientes dados de alta en cuya historia de OMI, en el protocolo de Continuidad de Cuidados, conste el registro de la llamada telefónica x 100/Pacientes dados de alta |
| <b>Fuente</b>   | OMI  |
| <b>Meta</b>     | ≥60 %  |

## 2.6 Seguridad del paciente.

### 2.6.1 Sistema de notificación de incidentes.

| <b>2.6.1.1</b> | <b>Análisis Causa Raíz</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Análisis Causa Raíz (ACR) con informe terminado x 100 /Total de incidentes con riesgo  |
| <b>Fuente</b>  | SINAPS   |
| <b>Meta</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con riesgo extremo (SAC1) :100%</li> <li>- Con riesgo alto (SAC2): ≥75%</li> </ul> Informe con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización. |

## 2.6.2 Programas IRAS-PROA

| 2.6.2.1        | Programa de IRAS-PROA del Área   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | La Comisión del Área propondrá a la Comisión Regional los objetivos y actividades para el año 2019 en:<br>1. IRAS<br>2. PROA, en este caso las propuestas se ajustarán al perfil de uso de antibióticos de cada Área |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | Informe presentado a final de febrero de 2019  |

| 2.6.2.2        | Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal*   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤10%   |

| 2.6.2.3        | Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)*                             |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de HPRO en el periodo de estudio |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 3%  |

| 2.6.2.4        | Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis rodilla (KPRO)*                             |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | ILQ detectadas en los procedimientos KPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de KPRO en ese periodo de estudio |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 3%   |

\* La metodología de medición se adecuará al Protocolo ILQ: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ). Madrid, 2017.

Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf\\_2017/Protocolo-ILQ\\_Nov2017.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-ILQ_Nov2017.pdf)

### 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

| 2.6.3.1        | Proyecto Seguridad del paciente quirúrgico  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Evaluación de las siguientes actividades:<br>1- La Comisión del Área propondrá las actividades y metas a alcanzar para el año 2019.<br>2-- Medición de la cultura de Seguridad en el bloque quirúrgico. |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | 1- Informe presentado antes del 15 de marzo de 2019.<br>2- Periodicidad bienal. Aplica en los centros que no lo hayan realizado en 2018 o los que hicieron una evaluación parcial.                      |

| 2.6.3.2        | Implementación de la Guía de Profilaxis Antibiótica en el paciente quirúrgico del SMS   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Evaluación de los siguientes actividades:<br>1.- Implementación de la Guía.<br>2.-Pacientes intervenidos quirúrgicamente con indicación y prescripción de profilaxis antibiótica adecuada al protocolo del SMS x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente |
| <b>Fuente</b>  | Historia clínica  |
| <b>Meta</b>    | ≥90% a partir de la implementación  |

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

| 2.6.3.4  | Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en planta                            |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>   | Medición de los indicadores seleccionados sobre eliminación correcta del vello y ayuno preoperatorio. |
| <b>Fuente</b>  | Historia clínica  |
| <b>Meta</b>  | Medición y medidas correctoras  |
| <b>Indicadores seleccionados</b>   |   |
| Pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se ha eliminado el vello de forma correcta x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente |   |
| Mediana de tiempo que el paciente ha permanecido en ayunas antes de la incisión quirúrgica   |   |



|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.6.3.6</b> | <b>Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 85%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.6.3.7</b> | <b>Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 85%  |

## 2.6.5 Seguridad de los medicamentos.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.6.5.1</b> | <b>Autoevaluación ISMP</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | Informe de actividades realizadas debidamente documentado                  |

## 2.7. Salud Mental

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.7.1</b>   | <b>Mejora en la Coordinación en Salud mental</b>   |
| <b>Fórmula</b> | <p>a.1 mejora de la coordinación interinstitucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.1 Constitución de equipos base de área para la coordinación sociosanitaria en aquellas áreas donde no están constituidos</li> <li>a.2 Número de reuniones de los equipos base anuales, en aquellas donde ya están constituidos</li> </ul> <p>b. Mejora de la coordinación intrainstitucional: Diseño e implementación del Plan de sectorización de Salud Mental con Atención Primaria en cada una de las áreas</p> |
| <b>Fuente</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Responsable coordinación sociosanitaria</li> <li>b. Responsable de CSM</li> </ul>  |
| <b>Meta</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>a.1. Constitución. Acta de constitución: (50%)</li> <li>a.2. &gt;3 reuniones anuales. Acta de reuniones (50%) (a.2 excluye a.1)</li> <li>b. Informe de los responsables de centro y/o área (50%)</li> </ul>   |



# **Acuerdo de Gestión 2019**

## **Anexo 3**

---

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

---



### 3.1 Accesibilidad.

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

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

| <b>3.1.3</b>   | <b>Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio (fecha final período de estudio – fecha entrada en registro) / Pacientes en el registro |
| <b>Fuente</b>  | PIN   |
| <b>Meta</b>    | 65 días a final de año (acuerdo de pactos trimestrales)   |

| <b>3.1.4</b>   | <b>Pacientes en lista de espera quirúrgica con salida distinta a intervención quirúrgica</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes en lista de espera quirúrgica cuyo motivo de salida de lista de espera quirúrgica es distinto a intervención quirúrgica x 100 / Salidas de lista de espera quirúrgica |
| <b>Fuente</b>  | SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)  |
| <b>Meta</b>    | ≤10%  |

| <b>3.1.6</b>   | <b>Pacientes que rebasan el tiempo de espera máximo para servicios hospitalarios</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que rebasan el tiempo máximo de espera para un servicio hospitalario (Primera visita de consultas externas / pruebas complementarias / terapéuticas / servicios quirúrgicos)<br>Desagregación y límite:<br>3.1.6.1-Consulta externa, 50 días de espera<br>3.1.6.2-Pruebas complementarias, 30 días de espera<br>3.1.6.3-Servicios quirúrgicos, 150 días de espera |
| <b>Fuente</b>  | SELENE-PIN  |
| <b>Meta</b>    | 0   |

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

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

| <b>3.1.9</b>   | <b>Inasistencias en primeras consultas hospitalarias</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes citados para una primera consulta que no asisten a la fecha de cita x100/ Pacientes citados para primera consulta |
| <b>Fuente</b>  | SELENE-PIN  |
| <b>Meta</b>    | ≤5%   |

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

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.1.11</b>  | <b>Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias de atención hospitalaria x 100/ Pacientes en espera para cita en pruebas complementarias |
| <b>Fuente</b>  | SELENE -PIN  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 50%  |

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

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.1.14</b>  | <b>Cita en agenda mayor de 48h en agenda de médicos de familia</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Días en que la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 5% de los días  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.1.15</b>  | <b>Cita en agenda mayor de 48h en agenda de pediatras</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Días en que la agenda de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 1% de los días  |

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

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

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.1.20</b>  | <b>Proyecto organizativo del área administrativa de Atención Primaria</b> |
| <b>Fórmula</b> | Proyecto organizativo realizado por el área administrativa en el EAP      |
| <b>Fuente</b>  | Informe de la Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | 1 Proyecto por EAP (Puede estar realizado en común por varios EAP)        |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.1.21</b>  | <b>Demora media para primera cita en los Centros de Salud mental</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Sumatorio de la diferencia, en días naturales, entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de la cita para una primera consulta para un periodo de tiempo determinado/ Total de citas durante ese periodo de tiempo |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | < 50 días: 100% consecución<br>Disminución 25% días de espera: 50% consecución  |

### 3.2 Uso adecuado de los recursos.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.2.1</b>   | <b>Rendimiento quirúrgico</b>   |
| <b>Fórmula</b> | $\frac{\text{Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última intervención (Tiempo bruto)} \times 100}{\text{Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (Tiempo disponible)}}$ |
| <b>Fuente</b>  | SELENE - PIN  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.2.2</b>   | <b>Suspensión de la intervención quirúrgica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | $\frac{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas con estado "suspendidas"} \times 100}{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas}}$ |
| <b>Fuente</b>  | SELENE - PIN  |
| <b>Meta</b>    | < 5%  |



|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.2.10</b>  | <b>Circuito del alta hospitalaria</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con informe de alta hospitalaria emitido antes de las 12 horas x 100/<br>Pacientes dados de alta en hospitalización en el día |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥65%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.2.11</b>  | <b>Pacientes pendientes de ingreso en hospitalización desde urgencias</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes pendientes de ingreso a las 8 horas en el Servicio de urgencias que ingresan en unidades de hospitalización antes de las 14:00 horas x 100/<br>Pacientes pendientes de ingreso en el Servicio de urgencias |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥40%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.2.13</b>  | <b>Uso de historia clínica electrónica en consultas externas</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Consultas médicas con algún registro (notas, formularios o informes) cumplimentado en SELENE x 100 / Consultas médicas |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

### 3.3 Incapacidad Temporal.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.3.1</b>   | <b>Control de la Incapacidad Temporal (IT)</b>                                     |
| <b>Fórmula</b> | Propuestas de altas médicas respondidas en plazo x 100/Propuestas de altas médicas |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.3.2</b>   | <b>Prevalencia de la incapacidad temporal (IT)</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes en situación de IT x 100/ Población activa |
| <b>Fuente</b>  | ITESAN   |
| <b>Meta</b>    | <3,80%   |

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

| 3.4.1               | Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)  |
|---------------------|--|
| <b>Fórmula</b>      | 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 |
|                     | Puntualidad 2: la codificación de los CMBD, correspondientes a 2018, se cerrará antes del 1 de julio de 2019   |
|                     | Calidad 1: en el CMBD anual la suma de episodios no remitidos, con diagnóstico o procedimiento no codificados o con diagnóstico principal inexistente será <5% de las altas, en términos de SIAE o ESCRI para el CMBD-AH y CMA                                 |
|                     | Calidad 2: Cumplimentación válida de variables demográficas >95%   |
|                     | Calidad 3: Disponibilidad de información para la codificación: En el CMBD de Urgencias la suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica será inferior al 5%                    |
| <b>Fuente</b>       | CMBD   |
| <b>Meta</b>         | 100%   |
| <b>Ponderación</b>  | Puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + calidad 1 x 80% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5%   |
| <b>Periodicidad</b> | Trimestral y anual   |
| <b>Desglose</b>     | Gerencias de los hospitales  |

# Acuerdo de Gestión 2019

## Anexo 4

---

---

### Uso Racional 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 |  |
|--|--|
| <b>Fórmula</b>   | Desvío en el importe de los productos farmacéuticos prescritos mediante receta médica en médicos de Medicina Familiar y Comunitaria/ Paciente estratificado, respecto al valor del importe/paciente estratificado en el Servicio Murciano de Salud el año anterior |
| <b>Fuente</b>  | Estratificación poblacional años 2016/2017. AdN-Farmacia   |
| <b>Meta</b>  | 335,11/≤ 0   |

### 4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos.

| 4.1.2.1 Antibióticos de amplio espectro/espectro reducido |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos de amplio espectro / DDD antibióticos espectro reducido, prescritos en Atención Primaria |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>   | ≤ 150  |

| 4.1.2.2 Nuevos medicamentos sin aportación relevante (NMSAR) |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>   | DDD de NMSAR prescritos x 100 /DDD total de medicamentos prescritos                     |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica |
| <b>Meta</b>  | ≤ 2%  |

| 4.1.2.3 Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) respecto Bloqueadores del sistema renina angiotensina (BSRA) |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>   | DDD de IECA solos o asociados con tiazidas prescritos x 100 /DDD de IECA y ARA-II solos o asociados con tiazidas prescritos |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica                                     |
| <b>Meta</b>  | ≥ 40%   |

| 4.1.2.4 Antihipertensivos de elección (AHT) |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>                              | DDD de AHT recomendados x 100 / DDD total AHT<br>(* Antihipertensivos de elección (solos y en asociación): atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol, hidroclorotiazida, amilorida, clortalidona, indapamida, captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril y amlodipina) |
| <b>Fuente</b>                               | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>                                 | ≥ 45%  |

| <b>4.1.2.5 Antiasmáticos de larga duración asociados a corticoides</b> |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>   | DDD de B2-adrenérgicos de larga duración asociados a corticoides prescritos en Atención Primaria x 100 /DDD de antiasmáticos en Atención Primaria |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>  | ≤ 25%   |

| <b>4.1.2.6 Hipolipemiantes de elección</b> |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>                             | DDD Simvastatina (C10AA01) + Pravastatina (C10AA03) + Atorvastatina (C10AA05) + Colestiramina (C10AC01) + Gemfibrozilo (C10AB04) + Fenofibrato (C10AB05) x 100 / DDD Agentes modificadores de lípidos (C10) |
| <b>Fuente</b>                              | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>                                | ≥ 75%   |

| <b>4.1.2.7 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) de elección</b> |  |
|--|--|
| <b>Fórmula</b>   | DDD Fluoxetina (N06AB03) + Citalopram (N06AB04) + Paroxetina (N06AB05) + Sertralina (N06AB06) x 100 / DDD Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB) |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>  | ≥ 65%  |

| <b>4.1.2.8 Anticoagulantes AVK en el Área</b> |   |
|---|---|
| <b>Fórmula</b>                                | DDD de acenocumarol y warfarina prescritos en el área x 100 /DDD anticoagulantes orales   |
| <b>Fuente</b>                                 | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero "Gestión de la Prestación Farmacéutica" |
| <b>Meta</b>                                   | ≥ 70%   |

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

| <b>4.1.3.1 Antibióticos sistémicos</b> |  |
|--|--|
| <b>Fórmula</b>                         | Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria |
| <b>Fuente</b>                          | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>                            | ≤ 20   |

| <b>4.1.3.2 Inhibidores de la bomba de protones</b> |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>                                     | Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de inhibidores de la bomba de protones (A02BC) |
| <b>Fuente</b>                                      | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica                 |
| <b>Meta</b>  | ≤ 160   |

| <b>4.1.3.3 Antiinflamatorios no esteroides (AINE)</b> |   |
|---|---|
| <b>Fórmula</b>  | Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de AINE (M01A)                 |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica |
| <b>Meta</b>   | ≤ 60  |

| <b>4.1.3.4 Benzodiazepinas (ansiolíticos)</b> |   |
|---|---|
| <b>Fórmula</b>                                | Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de benzodiazepinas (N05BA)     |
| <b>Fuente</b>                                 | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica |
| <b>Meta</b>                                   | ≤ 56  |

| <b>4.1.3.5 SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)</b> |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de SYSADOA (Glucosamina, Diacereina, Condroitin sulfato y asociaciones) |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>   | ≤ 15   |

| <b>4.1.3.6 Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)</b> |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>   | Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), de fentanilo transmucoso      |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica |
| <b>Meta</b>  | ≤ 0,5   |

| <b>4.1.3.8 Pacientes con 4 envases o más de Fentanilo transmucoso/mes</b> |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Pacientes tratados con más de 4 envases de fentanilo transmucoso al mes x 100 / Pacientes tratados |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica            |
| <b>Meta</b>   | ≤ 10%  |

## 4.2 Pediatría de Atención Primaria.

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

| <b>4.2.1.1 Amoxicilina-clavulánico</b> |   |
|--|---|
| <b>Fórmula</b>                         | DDD de amoxicilina-clavulánico prescrito en Pediatría x 100 /DDD de penicilinas prescritas en Pediatría |
| <b>Fuente</b>                          | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica                 |
| <b>Meta</b>                            | ≤ 50%   |

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

| <b>4.2.1.3 Antagonistas receptores leucotrienos (antiasmáticos)</b> |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | DDD de antagonistas de receptores de leucotrienos prescritos en Pediatría x 100 / DDD de antiasmáticos prescritos en Pediatría |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>   | ≤ 14%  |

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

| <b>4.2.2.1 Antibióticos sistémicos en menores de 3 años</b> |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes menores de tres años y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en menores de tres años |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>   | ≤ 15   |



### 4.3 Salud Mental.

| <b>4.3.1</b>   | <b>Antipsicóticos depot en el área</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antipsicóticos depot en el área de salud de referencia |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica                           |
| <b>Meta</b>    | ≤ 3   |

| <b>4.3.2</b>   | <b>Pacientes con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud</b> |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot                       |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica                                   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 15%   |

### 4.4 Especialidades hospitalarias.

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

| <b>4.4.1.1</b> | <b>Desviación en el coste/paciente en patologías de alto impacto</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | $(\text{Coste por paciente Hospital} - \text{Coste por paciente promedio SMS}) / \text{Desviación Estándar}$<br>En: VIH, ARTRITIS REUMATOIDE, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CROHN, PSORIASIS, MIELOMA MÚLTIPLE, ASMA MEDIADA POR IgE Y URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 1 Desviación Estándar  |

| <b>4.4.1.2</b> | <b>Estudios de variabilidad en el uso de medicamentos</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Número de patologías de las incluidas en el SIAE de Farmacia Hospitalaria, sobre las que se realiza el análisis y actuaciones para evitar la variabilidad en el uso de medicamentos. |
| <b>Fuente</b>  | Documento facilitado por la Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | 1 estudio  |

| <b>4.4.1.3 Eficiencia en la selección de biológicos</b> |  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Eficiencia/desviación presupuestaria obtenida del sistema de información de farmacia, en la selección de medicamentos biológicos $\leq 3\%$ (Inliximab, Etanercept, Rituximab, Trastuzumab, Adalimumab) en los servicios de DIGESTIVO, REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA CLÍNICA. |
| <b>Fuente</b>   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>   | 1.678.749,17€  |

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

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

| <b>4.5.1 Receta Electrónica</b> |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>                  | Recetas facturadas prescritas en receta electrónica x 100 / Recetas facturadas          |
| <b>Fuente</b>                   | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica |
| <b>Meta</b>                     | $\geq 90\%$   |

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

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

|                |   |
|----------------|---|
| <b>4.5.5</b>   | <b>Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones DGPIFAC x 100 / Pacientes tratados con medicamentos biológicos con disponibilidad de biosimilar |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 50%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>4.5.6</b>   | <b>Pacientes que inician tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que inician tratamiento con biosimilar incluido en Resolución DGPIFAC x 100/ Pacientes que inician tratamiento con medicamento biológico del que se dispone de biosimilar incluido en Resolución |
| <b>Fuente</b>  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| <b>Meta</b>    | 100%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>4.5.7</b>   | <b>Servicios hospitalarios en los que la CAF-Área ha pactado condiciones de cambio de biológico original a biosimilar (switch)</b>        |
| <b>Fórmula</b> | Servicios hospitalarios con los que se ha alcanzado un acuerdo para el cambio a biosimilar  |
| <b>Fuente</b>  | La Gerencia comunicará a la DGAS el número de servicios con los que se ha llegado a un acuerdo y las condiciones de los pactos alcanzados |
| <b>Meta</b>    | ≥ 2   |



## **Acuerdo de Gestión 2019**

### **Anexo 5**

---

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

---



## 5.1. Formación sanitaria especializada.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>5.1.1</b>   | <b>Requisito acreditación Unidades docentes multiprofesionales: trabajo en equipo</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Número de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios) que realizan 4 sesiones clínicas conjuntas en 2019 x 100 / Total de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios) |
| <b>Fuente</b>  | Unidades Docentes multiprofesionales Acreditadas para la formación de residentes  |
| <b>Meta</b>    | 100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales realizan 4 sesiones clínicas conjuntas/año   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>5.1.2</b>   | <b>Requisito acreditación Unidades docentes hospitales/dispositivos docentes: publicaciones</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Número de dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales y de las unidades docentes acreditadas de los centros hospitalarios que realizan 1 publicación/año o 2 comunicaciones/año en las que participa el/los residentes/año x 100/ Total de dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales y de las unidades docentes acreditadas de los centros hospitalarios |
| <b>Fuente</b>  | Unidades docentes Acreditadas para la formación de residentes  |
| <b>Meta</b>    | 100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales y de las unidades docentes acreditadas de los centros hospitalarios realizan 1 publicación/año o 2 comunicaciones/año en las que participa el/los residentes/año, antes del 15 de noviembre de 2019   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>5.1.3</b>   | <b>Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes en la puerta de Urgencias</b>   |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | Informe: Procedimiento de implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia   |

## 5.2. Formación continuada.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>5.2.1</b>   | <b>Porcentaje de 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>5.2.2</b>   | <b>Porcentaje de acciones formativas (ediciones) del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio</b> |
| <b>Fórmula</b> | Acciones formativas (ediciones) del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP                |
| <b>Fuente</b>  | Aplicativo SIAFOC   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 63% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>5.2.4</b>   | <b>Horas INAP de formación por empleado</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Horas INAP de formación realizadas por la Gerencia / Profesionales fijos+ interinos + eventuales estructurales + residentes al final de año anterior |
| <b>Fuente</b>  | Aplicativo SIAFOC/SAINT 7  |
| <b>Meta</b>    | 0,30 horas/empleado.   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>5.2.5</b>   | <b>Porcentaje de profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales</b>                             |
| <b>Fórmula</b> | Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior |
| <b>Fuente</b>  | Aplicativo SIAFOC/SAINT 7   |
| <b>Meta</b>    | ≥50% de los profesionales de los distintos grupos (A1, A2, C1, C2, E).  |



# Acuerdo de Gestión 2019

## Anexo 6

---

---

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

---

---



## 6.1 Presupuesto

| 6.1.1          | Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual                      |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado                                   |
| <b>Fuente</b>  | Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 27.288.926 €  |

| 6.1.2          | Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos hospitalarios x 100 / Presupuesto asignado en gasto de productos farmacéuticos hospitalarios |
| <b>Fuente</b>  | Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 3.899.371,29 €   |

| 6.1.3          | Gasto en material sanitario  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario |
| <b>Fuente</b>  | Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW                             |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 4.964.794,85 €  |

| 6.1.4          | Gasto en conciertos y autoconcierto  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto <b>ejecutado</b> en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto <b>asignado</b> en gasto en conciertos y autoconcierto |
| <b>Fuente</b>  | Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 4.735.010,51 €  |

| 6.1.5          | Gasto en receta farmacéutica  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto <b>ejecutado</b> en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto <b>asignado</b> en receta médica |
| <b>Fuente</b>  | Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW                        |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 20.482.444,73 €  |

| 6.1.6          | Facturación en convenios comunitarios  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / 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: 116.000 €   |

| <b>6.1.7</b>   | <b>Recaudación en cobros a terceros</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Objetivo ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Objetivo 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: 620.000 €   |

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

| <b>6.1.9</b>   | <b>Gasto medio por prótesis implantada de traumatología</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Diferencia de gasto medio por prótesis implantada entre los años 2018 y 2019 en el Área, diferenciando entre prótesis de cadera y prótesis de rodilla |
| <b>Fuente</b>  | Secretaria General Técnica. Consulta ZCLLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3  |
| <b>Meta</b>    | Reducción del precio medio en un 5%   |

| <b>6.1.11</b>  | <b>Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Gasto del Área en cada uno de los tratamientos seleccionados como <i>diana</i> suministrados a pacientes ambulatorios / Número de pacientes que recibió cada tratamiento ambulatorio durante el año |
| <b>Fuente</b>  | Información extraída de PIN   |
| <b>Meta</b>    | ≥60%  |



Región de Murcia  
Consejería de Salud



**Acuerdo de  
Gestión  
2019**