

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-1d0e-01b8-0050569b6280



# ACUERDO DE GESTIÓN 2021

Gerencia del Área de Salud VII





MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280

<b>ÍNDICE</b>	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	7
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	9
ESTIPULACIONES	11
INDICADORES	13
ANEXO 1. OBJETIVOS COVID-19	15
ANEXO 2. MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	19
2.1 Calidad Percibida	21
2.2 Atención hospitalaria	23
2.2.4 Cáncer	23
2.2.7 Cuidados hospitalarios	23
2.3 Cuidados paliativos	24
2.4 Indicadores de “No hacer”	25
2.5 Atención Primaria	26
2.5.1 Atención al niño	26
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	26
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus	27
2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares	27
2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	27
2.5.9 Inmunizaciones programadas	28
2.5.10 Continuidad asistencial	29
2.6 Seguridad del paciente	29
2.6.1 Programas IRAS-PROA del Área	29
2.6.2 Programa PROA	32
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico	33
2.6.5 Código Sepsis	33
2.7 Salud mental	34
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	37
3.1 Accesibilidad	39
3.2 Uso adecuado de los recursos	40
3.3 Incapacidad temporal	41
3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta	42
ANEXO 4. USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS	43
4.1 Medicina Familiar y Comunitaria	45
4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica	45
4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos	45
4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	45
4.2 Pediatría en Atención Primaria	46
4.2.1 Calidad basada en la selección de medicamentos	46
4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	46

4.3 Salud mental	46
4.4 Especialidades hospitalarias	47
4.4.1 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital	47
4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud	48
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	49
5.1 Formación sanitaria especializada	51
5.2 Formación continuada	51
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	53
6.1 Presupuesto	55

## 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 Objetivos COVID-19.

La gestión de la crisis provocada por la COVID-19 tanto en la atención a las personas afectadas directamente así como en las repercusiones causadas en la atención de otras patologías, genera la necesidad de señalar aquellos Objetivos que van dirigidos a optimizar los esfuerzos realizados con el fin de lograr la mayor efectividad y la máxima eficiencia en el uso de los recursos así como garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones (ANEXO 1).

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

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

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

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

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

### 4 Uso apropiado de los medicamentos.

El uso apropiado de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el



tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser seguro, eficaz y de una calidad contrastada (ANEXO 4).

## 5 Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.

La organización debe adaptar la formación de los profesionales al creciente desarrollo tecnológico, científico y organizativo del sistema sanitario así como a las necesidades surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación Continua 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 2021 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2021
1	<b>Objetivos COVID-19.</b>	150
2	<b>Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.</b>	345
3	<b>Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.</b>	205
4	<b>Uso apropiado de los medicamentos.</b>	80
5	<b>Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.</b>	20
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:

Código	Objetivo	Porcentaje	Puntos
6.1.1	Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual	22,5	45
6.1.2	Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios	15	30
6.1.3	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria	5	10
6.1.4	Precios medios en el total de tratamientos seleccionados	2,5	5
6.1.5	Gasto en material Sanitario	17,5	35
6.1.6	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatología	1,25	2,5
6.1.7	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables	1,25	2,5
6.1.8	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables sobre gasto medio SMS	1,25	2,5
6.1.9	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatología sobre gasto medio SMS	1,25	2,5
6.1.10	Gasto en Conciertos y Auto conciertos	22,5	45
6.1.11	Gasto en receta Farmacéutica	5	10
6.1.12	Recaudación en cobros a terceros	3	6
6.1.13	Reducción de tasa de gasto por habitante en material sanitario	2	4
	TOTAL	100	200

La Gerencia del Área dispondrá de la financiación adecuada con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Acuerdo de Gestión 2021. 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. 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 puntuén, 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. Francisco José Ponce Lorenzo, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra D. Juan Antonio Marqués Espí, Director Gerente del Área de Salud VII.

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2021, 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 2021 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 2021.

### Tercera - Objetivos

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

1. Objetivos COVID-19.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
4. Uso apropiado de los medicamentos.
5. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
6. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

En prueba de conformidad con cuanto antecede, se firma el presente documento por duplicado en el lugar y la fecha indicados con sujeción a las estipulaciones que en el mismo se han establecido.

En Murcia, a 5 de Marzo de 2021.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD VII

D. Francisco José Ponce Lorenzo.

D. Juan Antonio Marqués Espí.



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280



---

# INDICADORES

---

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-005056916280





# Anexo 1

---

---

## Objetivos COVID-19

---

---

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-005056916280





<b>1.1</b>	<b>Evaluación y mejora de la variabilidad en el manejo de los pacientes atendidos por COVID19</b>
<b>Fórmula</b>	El Área analizará los resultados de la evaluación de los indicadores y realizará propuestas de mejora a partir de los mismos
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área y PIN
<b>Meta</b>	Memoria anual con las medidas implantadas y los resultados obtenidos

<b>1.2</b>	<b>Actividades de seguimiento a pacientes crónicos complejos</b>
<b>Fórmula</b>	El Área dispondrá de un protocolo de actuación conjunta entre los EAP y el Servicio de Medicina Interna-Geriatria para la atención a pacientes crónicos complejos (Estrato 3 de GMA)
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Elaboración del protocolo de actuación, que debe de incluir los indicadores de evaluación para 30 de abril de 2021 Medición de indicadores desde 01-05-21 hasta 31-12-21

<b>1.3</b>	<b>Proyecto de Intervención comunitaria</b>
<b>Fórmula</b>	El Área impulsará la creación de una comisión comunitaria formada por profesionales de los EAP y de los Ayuntamientos correspondientes, para la elaboración de un Proyecto de Intervención sociosanitaria
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Elaboración del proyecto y actas de las reuniones

<b>1.4</b>	<b>Consultas no presenciales de apoyo a la atención primaria</b>
<b>Fórmula</b>	1. Servicios clínico asistenciales con consulta no presencial implantada X 100/ Servicios clínico asistenciales con consulta no presencial posible 2. Tiempo de demora en la respuesta a la consulta no presencial solicitada
<b>Fuente</b>	PIN
<b>Meta</b>	1: 100% a 31 de marzo de 2021 2: 90% en ≤7 días y 50% en ≤ 4 días, en el 100% de los servicios con INPAP implantada

<b>1.5</b>	<b>Plan de Consultas de Alta Resolución</b>
<b>Fórmula</b>	Definición y puesta en marcha del Plan de Consultas de Alta Resolución (CAR) de los Servicios Asistenciales
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área y PIN
<b>Meta</b>	Plan de CAR definido en el 80% o más de los Servicios Asistenciales para 31 de mayo de 2021 Memoria con despliegue alcanzado, actividades realizadas y resultados obtenidos en diciembre de 2021





MARQUES ESP, JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-005056916280



## Anexo 2

---

# MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

---

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280



## 2.1 Calidad Percibida.

2.1.1	Mejoras obtenidas en los indicadores seleccionados específicamente para cada Área	
<b>Fórmula</b>	1. Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas 2. Valoración de las actividades realizadas debidamente documentadas	
<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	
<b>Indicadores seleccionados</b>		<b>Meta</b>
2.1.7 Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital (General de Adultos) x 100 / Valoraciones realizadas		≥80%
2.1.14 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		≥70%

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>	≥80%

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

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



2.1.6	Información en el Área de Hospitalización
<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%

2.1.13	Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias
<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>	≥78%

2.1.16	Identificación en el Área de Urgencias Hospitalarias
<b>Fórmula</b>	Pacientes que durante su estancia en el Servicio de Urgencias del hospital pudieron saber siempre o casi 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>	≥88%

2.1.17	Satisfacción en el Área de Consultas Externas
<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>	≥75%

2.1.18	Accesibilidad en el Área de Consultas Externas
<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%

2.1.19	Información en el Área de Consultas Externas
<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%



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

## 2.2 Atención hospitalaria.

### 2.2.4 Cáncer.

2.2.4.1	Evaluación por el Comité de cáncer de mama
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
<b>Fuente</b>	Informe
<b>Meta</b>	≥95%

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

### 2.2.7 Cuidados hospitalarios.

2.2.7.1	Valoración del paciente de la Acogida al ingreso
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta de hospitalización que valoran positivamente la Acogida realizada por el personal de Enfermería en el momento de su ingreso x 100 / Pacientes dados de alta que realizan valoración
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida
<b>Meta</b>	≥85%
Indicadores seleccionados	
	Pacientes a los que les informaron de las normas de funcionamiento del hospital, y que valoran como muy bien y bien esa información x 100 / Pacientes que realizan valoración
	Pacientes a los que el personal de enfermería se les presentó en el momento del ingreso x 100 / Pacientes que realizan valoración
	Pacientes que cuando ingresaron en el hospital, el personal de enfermería que le atendió les preguntó el nombre para confirmar su identidad x 100 / Pacientes que realizan valoración



<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>	≥85%

<b>2.2.7.10</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta</b>
<b>Fórmula</b>	Altas en hospitalización general de adultos con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas en hospitalización general de adultos
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥70%

<b>2.2.7.11</b>	<b>Valoración del dolor en pacientes con cirugía con ingreso</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que se le ha realizado una valoración o detección del nivel del dolor durante el ingreso hospitalario en las primeras 24 horas tras intervención quirúrgica x 100 /Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.2.7.12</b>	<b>Planes de cuidados en pacientes hospitalizados</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta a los que se les ha realizado un plan de cuidados (Valoración al ingreso, diagnósticos enfermeros e intervenciones) durante la estancia en una unidad de hospitalización x 100 / Pacientes dados de alta hospitalaria
<b>Fuente</b>	SELENE. Asistente de enfermería
<b>Meta</b>	Primera medición

## 2.3 Cuidados Paliativos.

<b>2.3.1</b>	<b>Fallecimientos en domicilio</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>	OMI
<b>Meta</b>	≥90%



2.3.2	Valoración socio-familiar con escala de Gijón
<b>Fórmula</b>	Pacientes nuevos incluidos en Programa de Cuidados Paliativos con registro de evaluación sociofamiliar x 100 / Pacientes nuevos incluidos en Programa de Cuidados Paliativos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥90%

2.3.3	Atención en urgencias en los últimos 30 días de vida
<b>Fórmula</b>	Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos fallecidos que en los últimos 30 días de vida han tenido una consulta de atención de urgencias hospitalarias y/o domiciliaria x 100 / Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos fallecidos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≤20%

2.3.4	Registro de voluntades anticipadas o planificación de decisiones anticipadas
<b>Fórmula</b>	Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos con registro de Voluntades Anticipadas o con Planificación de Decisiones Anticipadas en la historia clínica x 100 / Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥70%

2.3.5	Valoración de síntomas con cuestionario de Edmonton
<b>Fórmula</b>	Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos con Cuestionario de Evaluación de Síntomas cumplimentado en la historia clínica x 100 / Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos atendidos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

## 2.4 Indicadores de “No hacer”.

2.4.1	Prescripción de radiografía de tórax en pacientes de bajo riesgo anestésico
<b>Fórmula</b>	Pacientes menores de 40 años con intervención quirúrgica en el periodo de estudio con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha realizado una radiografía de tórax dentro de los 6 meses anteriores a la intervención x 100 / Pacientes menores de 40 años con intervención quirúrgica en el periodo de estudio con bajo riesgo anestésico (ASA I o II)
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 15%



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

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

## 2.5 Atención Primaria.

### 2.5.1 Atención al niño.

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

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

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

<b>2.5.3.2</b>	<b>Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥15%



<b>2.5.3.3</b>	<b>Vacunación frente a la gripe en pacientes con diagnóstico de EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que han sido vacunados contra la gripe en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥75%

## 2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

<b>2.5.4.3</b>	<b>Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o igual a 7% (en personas menores de 65 años)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada, en los últimos 12 meses, muestra valores igual o inferiores al 7% x 100 / Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥50%

## 2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

<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 menor de 90 y TA sistólica menor de 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 inmovilizados con una valoración del Índice de Katz entre C y H que son atendidos en el domicilio x 100 / Pacientes inmovilizados con una valoración del índice de Katz entre C y H
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥60%



<b>2.5.6.6</b>	<b>Úlceras por presión en pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) que tienen registrado nuevos episodios de úlceras por presión de cualquier grado y localización en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≤3%

## 2.5.9 Inmunizaciones programadas.

<b>2.5.9.1</b>	<b>Cobertura de vacunación 2ª dosis 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 y 1ª dosis de Triple vírica</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as mayores o iguales a 12 meses y menores de 24 que han recibido la 2ª dosis frente al meningococo C y la 1ª dosis de vacuna triple vírica x 100 / Niños/as mayores o iguales a 12 meses y menores de 24 meses
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
<b>Meta</b>	≥95%

<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>	≥75%

<b>2.5.9.5</b>	<b>Cobertura de vacunación frente a la gripe de mujeres embarazadas</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres embarazadas vacunadas frente a la gripe x 100 / Mujeres embarazadas en el periodo de estudio
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI
<b>Meta</b>	≥75%



<b>2.5.9.6</b>	<b>Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios</b>
<b>Fórmula</b>	Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la gripe X 100/ Profesionales sanitarios del centro
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección de Salud Pública y Adicciones. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
<b>Meta</b>	≥75%

## 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 hospitalaria 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 hospitalaria
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥40%

## 2.6 Seguridad del paciente.

### 2.6.1 Programa IRAS-PROA del Área.

<b>2.6.1.1</b>	<b>IRAS-PROA</b>
<b>Fórmula</b>	La Comisión IRAS-PROA del Área de Salud presentará una propuesta con los objetivos, actividades y resultados obtenidos, de acuerdo al Programa Regional y a los objetivos contenidos en el Acuerdo de Gestión 2021
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuación del Informe a los requerimientos incluidos en la ficha funcional del indicador. Se remitirá a la SGCASE antes del 9 de abril de 2021</li> <li>- Adecuación de la Memoria con los resultados a los requerimientos incluidos en la ficha funcional del indicador. Se remitirá a la SGCASE en diciembre de 2021</li> </ul>

<b>2.6.1.3</b>	<b>Gestión de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria</b>
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional del Área en el diseño e implementación del protocolo corporativo de gestión de brotes de IRAS en el SMS, que incluya las alarmas de los pacientes y la declaración de los casos
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Memoria anual con las medidas implantadas y los resultados obtenidos



<b>2.6.1.4</b>	<b>Manejo de infecciones por Microorganismos Multirresistentes (MMR)</b>
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional del Área en el diseño e implementación del protocolo corporativo de manejo de infecciones por MMR, que incluya la homogeneización del protocolo de aislamiento, las alarmas de los pacientes portadores y la declaración de los casos
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Memoria anual con las medidas implantadas y los resultados obtenidos

<b>2.6.1.5</b>	<b>Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE)</b>
<b>Fórmula</b>	Participación en el EPINE 2021
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Informe de los principales resultados del EPINE 2021 junto con la interpretación de los mismos y plan de intervención. Diciembre 2021

<b>2.6.1.6</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal</b>
<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>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤12%

<b>2.6.1.7</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)</b>
<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>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤2%

<b>2.6.1.8</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis rodilla (KPRO)</b>
<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>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤3%



## Recomendaciones de “No Hacer”.

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

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

## Unidades de Cuidados Intensivos.

2.6.1.9	Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI
<b>Fórmula</b>	Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central nuevas detectadas en un periodo determinado de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.10	Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV)
<b>Fórmula</b>	NAV nuevas detectadas en un período de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de ventilación mecánica en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

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



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

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

## 2.6.2 Programa PROA.

<b>2.6.2.1</b>	<b>Programa PROA del Área</b>
<b>Fórmula</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Área de Salud realizará la autoevaluación prevista en el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN) a nivel hospitalario</li> <li>2. La Comisión IRAS-PROA del Área constituirá la Subcomisión PROA de Atención Primaria y definirá su plan de actuación</li> </ol>
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe con los resultados de la autoevaluación remitido a la SGCASE en diciembre de 2021</li> <li>2. Informe con la constitución de la Subcomisión PROA de Atención Primaria y plan de actuación remitido a la SGCASE en diciembre 2021</li> </ol>

<b>2.6.2.2</b>	<b>Monitorización de indicadores PROA a través de la herramienta WASPSS</b>
<b>Fórmula</b>	El Área analizará los resultados de los indicadores obtenidos a través de la herramienta WASPSS y realizará propuestas de mejora a partir de los mismos
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Memoria con las medidas implantadas y los resultados obtenidos remitida a la SGCASE en diciembre 2021





### 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

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

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>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

2.6.3.6	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

2.6.3.7	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

### 2.6.5 Código Sepsis.

2.6.5.1	Protocolo corporativo sobre Código Sepsis
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional de cada área en el grupo de trabajo para el diseño del Protocolo.
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Implantación en el primer semestre de 2021 Memoria de evaluación de la implantación en diciembre 2021



## 2.7. Salud Mental.

<b>2.7.2</b>	<b>Contención mecánica en la Unidad de hospitalización de salud mental (UHB, UTA, UHD, UHIJ)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de Salud mental que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados la unidad hospitalaria de Salud mental
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 10 %

<b>2.7.5</b>	<b>Uso de la Historia clínica electrónica en salud mental (CSM, CAD, UR, ETAC y HDIJ)</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas por psiquiatra, psicólogo o enferma, con algún registro (notas, formularios o informes) cumplimentado en Selene x 100 / Consultas realizadas por psiquiatra, psicólogo o enferma en salud mental en el periodo evaluado
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	100%

<b>2.7.6</b>	<b>Continuidad asistencial al alta hospitalaria en salud mental</b>
<b>Fórmula</b>	1. Implantación en Selene de un formulario para el registro de Continuidad Asistencial (CA) al alta hospitalaria en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica  2. Pacientes que tienen una cita en algún dispositivo comunitario de salud mental en 15 días o menos del alta hospitalaria a domicilio x 100 / Pacientes dados de alta a domicilio en las unidades de hospitalización psiquiátrica
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	1. Implantación registro Continuidad Asistencial en UHB a 30 de junio de 2021 2. ≥ 85% (La evaluación se hará a partir del 1 de julio de 2021)

<b>2.7.7</b>	<b>Frecuentación de Trastorno Mental Grave (TMG) frente a Trastorno Mental Común (TMC)</b>
<b>Fórmula</b>	Promedio de consultas realizadas a pacientes con diagnóstico de TMG / Promedio de consultas realizadas a pacientes con TMC
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 2



<b>2.7.8</b>	<b>Ingreso involuntario en la Unidad de hospitalización de salud mental (UHB, UTA, UHD)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátricas con autorización judicial x 100 / Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤30%

<b>2.2.7.10</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta en Unidad de hospitalización de salud mental (UHB)</b>
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en UHB con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en UHB
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 80%



MARQUES ESP., JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280

## Anexo 3

---

# EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

---



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280



### 3.1 Accesibilidad.

<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>3.1.8</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>	<10%

<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>3.1.21</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

<b>3.1.22</b>	<b>Altas en el Portal del Paciente</b>
<b>Fórmula</b>	Personas entre 18 y 65 años con derecho a asistencia sanitaria en el SMS que están dados de alta en el Portal del Paciente X 100/ Personas entre 18 y 65 años con derecho a asistencia sanitaria en el SMS
<b>Fuente</b>	Portal del paciente
<b>Meta</b>	≥40%



### 3.2 Uso adecuado de los recursos.

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

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

3.2.10	Demora en el alta hospitalaria
<b>Fórmula</b>	1. Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica antes de las 14:00 horas x 100 / Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica desde las 08:00 a las 20:00 horas  2. Altas hospitalarias que tienen el informe de alta validado antes de las 12 horas x 100 / Altas hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	1. ≥30% 2. ≥50%

3.2.12	Médico de familia: Atención a domicilio
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas a domicilio por el médico de familia
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	5 al mes

3.2.13	Enfermería: Atención a domicilio
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas a domicilio por Enfermería
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	37 al mes





### 3.3 Incapacidad Temporal.

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

3.3.2	Porcentaje de altas que no superan la duración óptima
<b>Fórmula</b>	Procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares en que la duración se ajusta a la prevista en la duración óptima X 100 / Total de procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares
<b>Fuente</b>	ITESAN
<b>Meta</b>	>50%



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

3.4.1	Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)
Fórmula	Puntualidad 1: Disponibilidad de la información del año en curso: Se realizará una actualización de la información de los CMBD en la aplicación informática (codificada o no), como mínimo, en la primera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero del año correspondiente
	Puntualidad 2: La codificación se cerrará antes del 1 de julio del año correspondiente con un porcentaje de codificación superior al 95% en CMBD-AH y CMA.
	Puntualidad 3: Notificación con un porcentaje de codificación superior al 95% y reducción del plazo en un mes o más en relación con la anualidad previa.
	Calidad 1: La suma de episodios no remitidos, con diagnóstico o procedimiento no codificados o con diagnóstico principal inexistente será <5% de las altas, en términos de SIAE o ESCRI para el CMBD-AH y CMA. Si no se alcanza pero se supera en diez puntos porcentuales los resultados del año anterior la puntuación será del 50% previsto en la ponderación.
	Calidad 2: Cumplimentación válida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: La suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica del CMBD de Urgencias será inferior al 5%.
	Calidad 4: Notificación de, al menos, una de las nuevas actividades previstas para los CMBD ambulatorios no aportadas en anualidades anteriores.
Fuente	CMBD
Meta	100%
Ponderación	Puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + Puntualidad 3 x 5% +calidad 1 x 70% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5% + calidad 4 x 5%
Periodicidad	Trimestral y anual
Desglose	Gerencia del Áreas de los hospitales



## Anexo 4

---

# Uso Apropiado de los Medicamentos

---



MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-005056916280

## 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>	≤1%

### 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>	≤3,5

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

4.1.3.1	Antibióticos sistémicos
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤14

4.1.3.6	Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas x 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>	≤0,3



## 4.2 Pediatría de Atención Primaria.

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

4.2.1.1 Amoxicilina-clavulánico	
<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>	≤43%

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

4.2.2.1 Antibióticos sistémicos en menores de 3 años	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes menores de tres años y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en menores de tres años
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤5

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

## 4.3 Salud Mental.

4.3.2 Pacientes tratados con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud	
<b>Fórmula</b>	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	Reducción del 20% respecto al año anterior



## 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>	(Coste por paciente Hospital – Coste por paciente promedio SMS) / Desviación Estándar En: VIH, ARTRITIS REUMATOIDE, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CROHN, PSORIASIS, MIELOMA MÚLTIPLE, ASMA MEDIADA POR IgE Y URTICARIA CRÓNICA IDIOPATICA
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤1 DS en todas las patologías seleccionadas

<b>4.4.1.4</b>	<b>Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos sistémicos 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>	≤950

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

<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 de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (DGPIFAC) x 100 / Pacientes tratados con medicamentos biológicos con disponibilidad de biosimilar
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥65%



<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%





## Anexo 5

---

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

---

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280



## 5.1. Formación sanitaria especializada.

5.1.4	Evaluación del Residente. Aplicativo RESEVAL
<b>Fórmula</b>	1. Número de evaluaciones anuales cumplimentadas en el aplicativo RESEVAL en 2021 / Número total de residentes a evaluar 2. Número de evaluaciones finales cumplimentadas en el aplicativo RESEVAL en 2021 / Número total de residentes que finalicen su periodo de formación
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	1. 30% 2. 75%

5.1.5	Residentes con el curso básico de 'Riesgo biológico y medidas específicas frente al COVID-19' realizado
<b>Fórmula</b>	1. Número de residentes (R1) que realizan el curso antes del 15 de noviembre de 2021 con resultado de 'apto' x 100 / Número total de residentes R1 2. Número de residentes (R2 a R5) que realizan el curso antes del 15 de noviembre de 2021 con resultado de 'apto' x 100 / Número total de residentes (R2 a R5)
<b>Fuente</b>	Gerencia del Área
<b>Meta</b>	Para los residentes R1: 100% Para los residentes R2 a R5: 75%

## 5.2. Formación continuada.

5.2.1	Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
<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>	≥45 de los profesionales de los grupos A1, A2 y C1 >35 de los profesionales de los grupos C2 y E

5.2.2	Profesionales de nueva incorporación con el "Curso básico de riesgo biológico y medidas específicas frente a COVID-19" realizado
<b>Fórmula</b>	Profesionales de nueva incorporación que prestan servicios de manera temporal y que han realizado la actividad obligatoria "Curso básico de riesgo biológico y medidas específicas frente a COVID-19" X 100 / Total de profesionales nueva incorporación que prestan servicios de manera temporal
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
<b>Meta</b>	100%



MARQUES ESP., JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280

## Anexo 6

---

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

---





MARQUES ESP, JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280

## 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>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 88.258.182,00€

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>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 24.007.844,48€

6.1.3	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria
<b>Fórmula</b>	Número de tratamientos diana con precio medio por debajo del precio medio del SMS x 100 / Número total de tratamientos diana del Área
<b>Fuente</b>	Servicio de Gestión Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥60%

6.1.4	Precios medios en el total de tratamientos seleccionados
<b>Fórmula</b>	Precio medio de todos los tratamientos diana dispensados por el Área – Precio medio del SMS para los mismos tratamientos diana.
<b>Fuente</b>	Servicio de Gestión Farmacéutica
<b>Meta</b>	<0

6.1.5	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>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 25.714.967,19€

6.1.6	Gasto medio por prótesis implantada de traumatología
<b>Fórmula</b>	$((\text{Gasto medio por prótesis implantada en 2021} - \text{gasto medio por prótesis implantada en 2020}) \times 100) / \text{Gasto medio por prótesis implantada en 2020}$
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por prótesis en el 5%



<b>6.1.7</b>	<b>Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI)</b>
<b>Fórmula</b>	$((\text{Gasto medio por dispositivo implantado en 2021} - \text{Gasto medio por dispositivo implantado en 2020}) \times 100) / \text{Gasto medio por dispositivo implantado en 2020}$
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por dispositivo en el 5%

<b>6.1.8</b>	<b>Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) sobre gasto medio del SMS</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Gasto medio en marcapasos y desfibriladores automáticos implantados en el Área de Salud} \times 100 / \text{Gasto medio por dispositivo implantado en el Servicio Murciano de Salud}$
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por dispositivo sobre el gasto medio del SMS

<b>6.1.9</b>	<b>Gasto medio por prótesis implantada de Traumatologías sobre gasto medio en el SMS</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Gasto medio por prótesis implantada en el Área de Salud} \times 100 / \text{Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud}$
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por dispositivo sobre el gasto medio del SMS

<b>6.1.10</b>	<b>Gasto en conciertos y autoconcierto</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto} \times 100 / \text{Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto}$
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	$\leq 100\%$ Presupuesto asignado: 9.649.048,76€

<b>6.1.11</b>	<b>Gasto en receta farmacéutica</b>
<b>Fórmula</b>	$\text{Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica} \times 100 / \text{Presupuesto asignado en receta médica}$
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	$\leq 100\%$ Presupuesto asignado: 47.128.365,46 €





<b>6.1.12</b>	<b>Recaudación en cobros a terceros</b>
<b>Fórmula</b>	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
<b>Meta</b>	≥ 80% Objetivo asignado: 1.314.388,45€

<b>6.1.13</b>	<b>Reducción de tasa de gasto por habitante en material sanitario de los servicios de Traumatología y Oftalmología</b>
<b>Fórmula</b>	Tasa de gasto por habitante de 2021 – Tasa de gasto por habitante 2020
<b>Fuente</b>	Información extraída de PIN
<b>Meta</b>	<0

<b>6.1.14</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



MARQUES ESP., JUAN ANTONIO

05/03/2021 12:59:34

POINCE LORENZO, FRANCISCO JOSE

05/03/2021 15:35:35

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45d645-7dc0-140e-01b8-0050569b6280

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0f45a645-7dc0-1d0e-0188-0050569b6280



Acuerdo de Gestión 2021

