

# Acuerdo de Gestión 2022

Gerencia del Área de Salud IV





## INDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....  | 5  |
| OBJETIVOS .....   | 7  |
| EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....   | 9  |
| ESTIPULACIONES .....  | 11 |
| Anexo 1 VALORAR EL IMPACTO DE LA COVID-19.....                                      | 15 |
| Anexo 2 MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.....            | 19 |
| 2.1 Calidad Percibida. ....   | 21 |
| 2.2 Atención Hospitalaria.....  | 25 |
| 2.2.1 Código Infarto. ....  | 25 |
| 2.2.2 Atención al Parto .....   | 25 |
| 2.2.3 Impulsar la lactancia materna.....  | 26 |
| 2.2.4 Cáncer .....  | 26 |
| 2.2.6 Ictus isquémico. ....   | 26 |
| 2.2.7 Cuidados hospitalarios .....  | 27 |
| 2.3 Cuidados Paliativos.....  | 28 |
| 2.4 Indicadores de “No hacer” .....   | 29 |
| 2.5 Atención Primaria. ....   | 30 |
| 2.5.1 Atención al niño. ....  | 31 |
| 2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). .... | 31 |
| 2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus. ....                              | 32 |
| 2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares .....                             | 32 |
| 2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados .....                         | 32 |
| 2.5.9 Inmunizaciones programadas.....   | 33 |
| 2.5.10 Continuidad asistencial. ....  | 34 |
| 2.6 Seguridad del paciente. ....  | 34 |
| 2.6.1 Programa IRAS-PROA del Área. ....   | 34 |
| 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico. ....                                       | 37 |
| 2.6.5 Código Sepsis. ....   | 38 |
| 2.8 Plan de Prevención de las agresiones a los profesionales.....                   | 38 |
| Anexo 3 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS .....         | 39 |
| 3.1 Accesibilidad.....  | 41 |
| 3.2 Uso adecuado de los recursos.....   | 43 |
| 3.3 Incapacidad Temporal. ....  | 44 |
| 3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.....                                    | 45 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Anexo 4 USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS.....</b>   | <b>47</b> |
| <b>4.1 Medicina Familiar y Comunitaria. ....</b>  | <b>49</b> |
| 4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.....   | 49        |
| 4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos. ....  | 49        |
| 4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos. ....                             | 49        |
| <b>4.2 Pediatría de Atención Primaria. ....</b>   | <b>50</b> |
| 4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos. ....  | 50        |
| 4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos. ....                             | 50        |
| <b>4.4 Especialidades Hospitalarias. ....</b>   | <b>51</b> |
| 4.4.1 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital. ....                                | 51        |
| <b>4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud. ....</b>                              | <b>51</b> |
| <b>Anexo 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES .....</b>              | <b>53</b> |
| <b>5.1 Formación sanitaria especializada. ....</b>  | <b>55</b> |
| <b>5.2 Formación continuada.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>5.3 Ordenación Profesional.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>Anexo 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO .....</b> | <b>57</b> |
| <b>6.1 Presupuesto.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>6.2 Objetivo complementario. ....</b>  | <b>60</b> |

## 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 Valorar el impacto de la 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 resolutorio que mejore continuamente la calidad de la asistencia y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios. Para avanzar en esta línea es necesaria la orientación de la gestión hacia los resultados y medir la operatividad de los procesos asistenciales, la efectividad clínica y la satisfacción de los pacientes.

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

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

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

### 4 Uso apropiado de los medicamentos.

El uso apropiado de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el

paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser seguro, eficaz y de una calidad contrastada (ANEXO 4).

**5**

**Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.**

La organización debe adaptar la formación de los profesionales al creciente desarrollo tecnológico, científico y organizativo del sistema sanitario, así como a las necesidades surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación Continuada acreditado que contribuya a la actualización y reciclaje continuo de los profesionales. Este plan debe coordinar e integrar los recursos humanos, materiales y de financiación disponibles (ANEXO 5).

**6**

**Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.**

Las garantías del mantenimiento del sistema sanitario público y de calidad pasan por la utilización adecuada de los recursos puestos a disposición del sistema y, que requieren la mejora continua de la eficiencia y el cumplimiento de los presupuestos asignados (ANEXO 6).



## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos.

El Acuerdo de Gestión de 2022 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

|   |  | 2022 |
|---|--|------|
| 1 | Valorar el impacto de la COVID-19.   | 100  |
| 2 | Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.                                 | 300  |
| 3 | Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.                               | 250  |
| 4 | Uso apropiado de los medicamentos.   | 100  |
| 5 | Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.             | 50   |
| 6 | Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario. | 200* |

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

| Código | Objetivo  | Porcentaje | Puntos |
|--------|---|------------|--------|
| 6.1.1  | Gasto en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual        | 22,5       | 45     |
| 6.1.2  | Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios                        | 12         | 24     |
| 6.1.3  | Gasto en material sanitario   | 17,5       | 35     |
| 6.1.4  | Gasto en conciertos y auto concierto                                  | 22,5       | 45     |
| 6.1.5  | Gasto en receta farmacéutica  | 10         | 20     |
| 6.1.6  | Recaudación en cobros a terceros                                      | 3          | 6      |
| 6.1.7  | Gasto en Material Sanitario en los servicios y unidades seleccionados | 10         | 20     |
| 6.1.8  | Reducción del gasto en Tiras Reactivas en Atención Primaria           | 2,5        | 5      |
|        | 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 2022. 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 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. Francisco José Ponce Lorenzo, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra, D<sup>a</sup> Mercedes Barba Pérez, Directora Gerente del Área de Salud IV-Noroeste.

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2022, 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 2022 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 2022.

### Tercera - Objetivos

Los objetivos del Acuerdo y sus correspondientes indicadores aparecen agrupados en los 6 apartados siguientes:

1. Valorar el impacto de la 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 1 de abril de 2022.

DIRECTOR GERENTE DEL SMS

DIRECTORA GERENTE DEL ÁREA IV-NOROESTE

D. Francisco José Ponce Lorenzo.

D<sup>a</sup> Mercedes Barba Pérez.



---

## INDICADORES

---



## **Anexo 1**

---

### **VALORAR EL IMPACTO DE LA COVID-19**

---





|                |  |
|----------------|--|
| <b>1.1</b>     | <b>Seguimiento de los pacientes COVID-19</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Altas a domicilio en pacientes con diagnóstico principal COVID-19 que han precisado ingreso en UCI, con al menos una visita de seguimiento en las consultas externas hospitalarias en las 8 semanas tras el alta x100/ Altas a domicilio en pacientes con diagnóstico principal de COVID-19 que han precisado ingreso en UCI |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>1.2</b>     | <b>Actividades de seguimiento a pacientes crónicos complejos</b>  |
| <b>Fórmula</b> | El Área realizará una propuesta de acciones a realizar en 2022 para el manejo de paciente crónicos complejos (GMA 3)  |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área   |
| <b>Meta</b>    | Informe con los objetivos y las actividades previstas a realizar para este año remitido a la SGCASE el 31 de mayo de 2022<br>Memoria con las medidas implantadas y la interpretación de los resultados obtenidos en diciembre de 2022 |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>1.3</b>     | <b>Proyecto de intervención comunitaria</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Diseño y puesta en marcha de al menos una acción de intervención comunitaria en población vulnerable (residencias, personas mayores que viven solas, personas con escasos recursos, discapacitados...etc.) de cada Zona básica de Salud |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área   |
| <b>Meta</b>    | Informe con intervención realizada y resultados obtenidos en diciembre de 2022  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>1.4</b>     | <b>Cobertura de vacunación frente a la COVID-19</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Personas de 60 o más años con vacunación completa frente a la COVID-19 x 100 / Personas de 60 o más años |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI                              |
| <b>Meta</b>    | ≥85%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>1.5</b>     | <b>Cobertura de vacunación frente a la COVID-19 en profesionales sanitarios</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Profesionales sanitarios del centro con vacunación completa frente a la COVID-19 X 100/ Profesionales sanitarios del centro |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales         |
| <b>Meta</b>    | >90%  |



## Anexo 2

---

# MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

---



## 2.1 Calidad Percibida.

### Calidad Percibida en Atención Primaria.

| 2.1.2          | Satisfacción en Atención Primaria   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Usuarios que valoran 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%  |
| <b>Indicadores seleccionados</b>   |  |
| Usuarios que valoran con 8 o más su satisfacción a la hora de obtener la cita la última vez que contactaron con su Centro de Salud x 100 / Valoraciones realizadas                             |  |
| Usuarios que valoran con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar desde la hora en la que estaban citados hasta que entraron en consulta x 100 / Valoraciones realizadas |  |

### Calidad Percibida en Atención Hospitalaria de Adultos.

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

| 2.1.6  | Información en el Área de Hospitalización de Adultos                             |
|--|--|
| <b>Fórmula</b>   | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización de adultos             |
| <b>Meta</b>  | ≥88%   |
| <b>Indicadores seleccionados</b>   |  |
| Pacientes que valoran con 8 y más su satisfacción con la acogida que se le hizo en el hospital x 100 / Valoraciones realizadas                                   |  |
| Pacientes que valoran con 8 y más su satisfacción con la información que le ha dado el médico durante su ingreso x 100 / Valoraciones realizadas.                |  |
| Pacientes que valoran con 8 y más su satisfacción con la información que le ha dado el personal de enfermería durante su ingreso x 100 / Valoraciones realizadas |  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.7</b>   | <b>Comida en el Área de Hospitalización de Adultos</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización de adultos  |
| <b>Meta</b>    | ≥85%  |

## Calidad Percibida en el área Obstétrica.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.10</b>  | <b>Satisfacción en el Área Obstétrica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Mujeres que valoran 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>    | ≥88%  |

|   |  |
|---|--|
| <b>2.1.11</b>   | <b>Información 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 en Servicios Obstétricos                  |
| <b>Meta</b>   | ≥90%   |
| <b>Indicadores seleccionados</b>  |  |
| Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que les dieron de cómo estaba su hijo después del parto x 100 / Valoraciones realizadas  |  |
| Mujeres que declaran haber recibido información, ellas o sus acompañantes, sobre las normas de funcionamiento de la unidad de hospitalización donde estuvieron ingresadas x 100 / Valoraciones realizadas |  |
| Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que les dieron al llegar a planta sobre los cuidados y la alimentación de su hijo x 100 / Valoraciones realizadas                              |  |
| Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que les dieron, antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debían seguir sus hijos en casa x 100 / Valoraciones realizadas |  |
| Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que les dieron, antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debía de seguir ellas en casa x 100 / Valoraciones realizadas   |  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.12</b>  | <b>Comida en el Área Obstétrica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Mujeres que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos  |
| <b>Meta</b>    | ≥88%  |

## Calidad Percibida en el área de Urgencias Hospitalarias.

| <b>2.1.13</b>  | <b>Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que valoran 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%  |

| <b>2.1.14</b>  | <b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que valoran 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>    | ≥70%  |

| <b>2.1.16</b>  | <b>Identificación 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 o casi siempre con facilidad si quienes les atendían eran médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores u otro tipo de personal x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias  |
| <b>Meta</b>    | ≥88%   |

## Calidad Percibida en el área de Consultas Externas.

| <b>2.1.17</b>  | <b>Satisfacción en el Área de Consultas Externas</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que valoran 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>  | ≥75%   |
| <b>Indicadores seleccionados</b>   |  |
| Pacientes que valoran con 8 o más su satisfacción con la cita obtenida la última vez que tuvieron consulta en las Consultas Externas del hospital x100 / Valoraciones realizadas                 |  |
| Pacientes que tuvieron que esperar 30 minutos o menos, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a la consulta x100 / Valoraciones realizadas.                                   |  |
| Pacientes que valoran 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 x100 / Valoraciones realizadas |  |

| <b>2.1.19</b>  | <b>Información en el Área de Consultas Externas</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que valoran 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>    | ≥85%   |

| <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 consulta de Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%  |

### Calidad Percibida en el área de Hospitalización Pediátrica.

| <b>2.1.21</b>  | <b>Satisfacción en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Padres que valoran con 8 o más su satisfacción con el hospital en el que estuvo ingresado su hijo/a x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica  |
| <b>Meta</b>    | ≥90%  |

| <b>2.1.22</b>   | <b>Información en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>                      |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>   | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica             |
| <b>Meta</b>   | ≥90%   |
| <b>Indicadores seleccionados</b>  |  |
| Padres que valoran con 8 o más su satisfacción con la acogida que se le hizo a su hijo/a en el hospital x 100 / Valoraciones realizadas                                     |  |
| Padres que valoran con 8 o más su satisfacción con la información que les ha dado el médico durante el ingreso de su hijo/a x 100 / Valoraciones realizadas                 |  |
| Padres que valoran con 8 o más su satisfacción con la información que les ha dado el personal de enfermería durante el ingreso de su hijo/a x 100 / Valoraciones realizadas |  |



|  |  |
|--|--|
| <b>2.1.23</b>  | <b>Organización en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>                     |
| <b>Fórmula</b>   | Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica             |
| <b>Meta</b>  | ≥85%   |
| <b>Indicadores seleccionados</b>   |  |
| Padres que manifiestan que, durante el tiempo que permaneció su hijo/a ingresado/a, les permitieron poder acompañarle cuando le tenían que hacer una prueba x 100 / Valoraciones realizadas  |  |
| Padres que durante su estancia en el hospital pudieron saber siempre con facilidad si quienes atendían a sus hijos/as eran médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores u otro tipo de personal x 100 / Valoraciones realizadas |  |
| Padres que valoran como bien o muy bien la tranquilidad que había para que descansara su hijo/a por la noche en el hospital en el que estaba ingresado x 100 / Valoraciones realizadas   |  |
| Padres que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital en el que estaba ingresado su hijo/a x 100 / Valoraciones realizadas  |  |

## 2.2 Atención Hospitalaria.

### 2.2.1 Código Infarto.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.1.2</b> | <b>Protocolo código Infarto</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Elaboración/Adaptación de un procedimiento de actuación para el manejo del Infarto, basado en las Recomendaciones corporativas a nivel SMS del “Código infarto” |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área   |
| <b>Meta</b>    | Informe con las acciones realizadas y resultados obtenidos remitido a la SGCASE en diciembre de 2022  |

### 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>    | ≤15%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <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>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤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>    | ≥75%   |

## 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 evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área  |
| <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>  | Gerencia del Área  |
| <b>Meta</b>    | ≥95%   |

## 2.2.6 Ictus isquémico.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.6.3</b> | <b>Protocolo código Ictus isquémico</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Elaboración/Adaptación de un procedimiento de actuación para el manejo del Ictus Isquémico agudo, basado en las Recomendaciones corporativas sobre “Ictus Isquémico Agudo” |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área  |
| <b>Meta</b>    | Informe con las acciones realizadas y resultados obtenidos remitido a la SGCASE en diciembre de 2022   |

## 2.2.7 Cuidados hospitalarios

| 2.2.7.1   | Valoración del paciente de la Acogida al ingreso en el área de hospitalización   |
|---|--|
| <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/ Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>   | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización de Adultos   |
| <b>Meta</b>   | ≥90%   |
| 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 / Valoraciones realizadas         |  |
| Pacientes a los que el personal de enfermería se les presentó en el momento del ingreso x 100 / Valoraciones realizadas   |  |
| Pacientes que cuando ingresaron en el hospital, el personal de enfermería que le atendió les preguntó el nombre para confirmar su identidad x 100 / Valoraciones realizadas |  |

| 2.2.7.2   | Valoración de la mujer de la Acogida al ingreso en el Área Obstétrica  |
|---|--|
| <b>Fórmula</b>  | Mujeres dadas de alta de hospitalización en el Área Obstétrica que valoran positivamente la Acogida realizada por el personal de Enfermería en el momento de su ingreso x 100/ Valoraciones realizadas |
| <b>Fuente</b>   | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos  |
| <b>Meta</b>   | ≥90%   |
| Indicadores seleccionados   |  |
| Mujeres a las que les informaron de las normas de funcionamiento del hospital, y que valoran como bien y bien esa información x 100 / Valoraciones realizadas             |  |
| Mujeres que cuando ingresaron en el hospital, el personal de enfermería que le atendió les preguntó el nombre para confirmar su identidad x 100 / Valoraciones realizadas |  |

| 2.2.7.5        | Desarrollo de úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria en pacientes identificados en riesgo   |
|----------------|---|
| <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>    | ≤3%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <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>  | 1. Altas en hospitalización general de adultos con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas en hospitalización general de adultos<br>2. Altas hospitalarias en maternidad con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en maternidad |
| <b>Fuente</b>   | SELENE   |
| <b>Meta</b>     | 1. ≥75%<br>2. ≥90%   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <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 /pacientes intervenidos quirúrgicamente |
| <b>Fuente</b>   | SELENE  |
| <b>Meta</b>     | ≥90%  |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <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>    | ≥80%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.3.2</b>   | <b>Valoración socio-familiar con escala de Gijón</b>   |
| <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%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.3.3</b>   | <b>Atención en urgencias en los últimos 30 días de vida</b>  |
| <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>    | ≤40%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.3.4</b>   | <b>Registro de voluntades anticipadas o planificación de decisiones anticipadas</b>   |
| <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>    | ≥50%  |

## 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 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>    | ≤20%  |

|                |   |
|----------------|---|
| <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.

|  |   |
|--|---|
| <b>2.5.0</b>   | <b>Indicadores seleccionados de Cartera de Servicios de Atención Primaria</b>                   |
| <b>Fórmula</b>   | Sumatorio del porcentaje de cumplimientos en cada subindicador x 100 / Número de subindicadores |
| <b>Fuente</b>  | Cartera de servicios de Atención Primaria   |
| <b>Meta</b>  | ≥70%  |
| Indicadores seleccionados  |   |
| <b>Seguimiento del paciente crónico</b>  |   |
| 3.2.1 Pacientes crónicos atendidos por enfermería (HTA, DM, obes, EPOC, inmov, hiperlip) | Meta<br>≥20%  |
| <b>Atención al niño</b>  |   |
| 5.1.3 Revisiones periódicas en niños de 14 años  | ≥60%  |
| 5.1.3a Niños de 2 a 14 años con diagnóstico de obesidad registrado en Historia clínica   | ≥7%   |
| <b>Atención a la mujer</b>   |   |
| 10.1.1 Púerperas con visita puerperal realizada: anamnesis exploración                   | ≥75%  |
| 11.2.1 Registro del tipo método anticonceptivo usado                                     | ≥20%  |
| 12.2.3 Cribado citológico sistemático cada 5 años  | ≥80%  |
| <b>Atención al adulto: Diabetes</b>  |   |
| 18.2.4a Diabéticos con determinación de hemoglobina glicosilada                          | ≥40%  |
| 18.3.1a Diabéticos con hemoglobina glicosilada mayor del 9%                              | ≤3%   |
| <b>Atención al adulto: Tabaco y alcohol</b>  |   |
| 24.1.1a Personas no fumadoras  | ≥20%  |
| 24.1.1 Registro de consumo de tabaco en los últimos dos años                             | ≥15%  |

### 2.5.1 Atención al niño.

| 2.5.1.1 | Primera revisión en recién nacidos en los 10 días siguientes al parto  |
|---------|--|
| Fórmula | Recién nacidos a los que se le ha realizado la primera revisión en los 10 días siguientes al parto x 100 / Recién nacidos en periodo de evaluación |
| Fuente  | OMI, CIVITAS   |
| Meta    | ≥55%   |

| 2.5.1.2 | Lactancia materna a los 6 meses de edad   |
|---------|---|
| Fórmula | Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de Pediatría y Enfermería con lactancia materna (exclusiva o mixta) x 100 / Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de Pediatría y Enfermería |
| Fuente  | OMI   |
| Meta    | ≥65%  |

| 2.5.1.3 | Lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad   |
|---------|---|
| Fórmula | Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de Pediatría y Enfermería con lactancia materna exclusiva x 100 / Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de Pediatría y Enfermería |
| Fuente  | OMI   |
| Meta    | ≥35%  |

### 2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

| 2.5.3.2 | Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria  |
|---------|--|
| Fórmula | Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC |
| Fuente  | OMI  |
| Meta    | ≥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 la última campaña x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥70%  |

## 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>    | ≥40%  |

## 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>    | ≥30%   |

## 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>    | ≥65%  |



| <b>2.5.6.6</b> | <b>Úlceras por presión en pacientes inmovilizados (CIAP A28)</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes 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 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>    | ≥65%  |

| <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>    | ≥65%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <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>    | ≥50%  |

## 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 presentará un informe con la propuesta de objetivos y de actividades a llevar a cabo por los equipos para el año en curso. Esta propuesta tendrá en cuenta el contenido del Acuerdo de Gestión 2022. Con posterioridad, se emitirá una memoria con las actividades realizadas y los resultados obtenidos en el año |
| <b>Fuente</b>  | Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud  |
| <b>Meta</b>    | El informe con los objetivos y actividades previstas será remitido a la SGCASE para su aprobación antes del 3 de mayo de 2022<br><br>Memoria con las medidas implantadas y la interpretación de los resultados obtenidos será remitida a la SGCASE en diciembre de 2022   |

| <b>2.6.1.3-4</b> | <b>Protocolos corporativos: Gestión de brotes y manejo de pacientes con Microorganismos Multirresistentes (MMR)</b>   |
|------------------|---|
| <b>Fórmula</b>   | El Área participará en el diseño e implementación de los siguientes protocolos corporativos del SMS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de brotes de IRAS</li> <li>• Manejo de pacientes con MMR</li> </ul> |
| <b>Fuente</b>    | Gerencia del Área   |
| <b>Meta</b>      | Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo para la elaboración del protocolo<br>Proyecto de implementación del protocolo en el Área de Salud  |

| <b>2.6.1.5</b> | <b>Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE)</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Participación en el EPINE 2022   |
| <b>Fuente</b>  | Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud   |
| <b>Meta</b>    | Informe con los principales resultados del EPINE 2022, la interpretación de los mismos y el plan de intervención. Diciembre 2022 |

| <b>2.6.1.6-8</b>     | <b>Infecciones de localización quirúrgica (ILQ)</b>  |
|----------------------|--|
| <b>Fórmula</b>       | Número de ILQ detectadas en los procedimientos indicados en el período de estudio x 100/<br>Intervenciones de cirugía indicada en el periodo de estudio<br><br>Procedimientos indicados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía de colon (COLON)</li> <li>- Cirugía de prótesis de cadera (HPRO)</li> <li>- Cirugía de prótesis de rodilla (KPRO)</li> </ul> |
| <b>Observaciones</b> | Será un requisito previo para la valoración que el periodo de estudio y el tamaño de la muestra este de acuerdo a los criterios del protocolo RENAVE. De no ser así supondrá el 0% de cumplimiento.  |
| <b>Fuente</b>        | Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud   |
| <b>Meta</b>          | Informe con la valoración de los resultados obtenidos y el plan de intervención. Diciembre 2022  |

| <b>2.4.2</b>   | <b>Sondaje vesical en pacientes con cirugía</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 1. Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo (cirugía gastrointestinal) con sondaje vesical x 100 /Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo (cirugía gastrointestinal)<br><br>2. Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo (cirugía gastrointestinal) 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 (cirugía gastrointestinal) con sondaje vesical |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 50%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.4.4</b>   | <b>Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente de forma programada con profilaxis antibiótica mantenida a partir del segundo día de la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente de forma programada |
| <b>Fuente</b>  | SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 20%   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>2.6.1.15</b> | <b>Fomentar la higiene de manos</b>  |
| <b>Fórmula</b>  | El área pondrá en marcha un plan de intervención para la mejora de la higiene de manos   |
| <b>Fuente</b>   | Gerencia del Área  |
| <b>Meta</b>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicación a la SGCASE de la persona referente de higiene de manos del área (preferentemente un profesional del Servicio de Medicina Preventiva)</li> <li>2. Envío a la SGCASE de los resultados de los indicadores del programa de HM del Ministerio correspondientes al 2021 para 30 de abril de 2022</li> <li>3. Cumplimentación y envío a la SGCASE del cuestionario de autoevaluación de HM de la OMS y del plan de intervención para el año en curso. Junio 2022</li> <li>4. Memoria con las actividades realizadas y los resultados obtenidos para diciembre de 2022</li> </ol> |

|                |  |
|----------------|--|
| <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 del Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN) a nivel hospitalario.<br/>En caso de que la herramienta no estuviera disponible se remitirá un informe con la consecución de objetivos que constituyen el nivel básico y que se detallarán en la ficha del indicador</li> <li>2. Constitución del equipo PROA-Atención Primaria del Área</li> </ol> |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área  |
| <b>Meta</b>    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alcanzar el nivel básico de acuerdo a las normas del PRAN</li> <li>2. Programa de actividades PROA-Atención Primaria</li> </ol>  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.6.2.2</b> | <b>Monitorización de indicadores PROA hospitalario</b>   |
| <b>Fórmula</b> | <p>Las Áreas utilizarán el WASPSS para realizará la monitorización de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores de consumo de antibióticos (informe de farmacia)</li> <li>- Indicadores de resistencias (informe de microbiología)</li> <li>- Indicadores basados en alertas</li> </ul> |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área  |
| <b>Meta</b>    | Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos remitidos a la SGCASE en diciembre de 2022   |

| <b>2.6.2.3</b> | <b>Adecuación del consumo de antibióticos</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | El Área presentará un plan de intervención para aquellos indicadores de uso de antibióticos que en 2021 presentan resultados de consumo por encima de la media del SMS. Incluye atención hospitalaria y atención primaria |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área.  |
| <b>Meta</b>    | Informe con el análisis de los resultados y propuesta de plan de intervención remitido a la SGCASE a 31 de mayo de 2022   |

## 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

| <b>2.6.3.2</b> | <b>Adecuación de la profilaxis antibiótica en el paciente quirúrgico</b>  |
|----------------|---|
| <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>    | ≥70%  |

| <b>2.6.3.3</b> | <b>Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)</b>   |
|----------------|---|
| <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 %   |

| <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>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

| <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>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥80 %  |

### 2.6.5 Código Sepsis.

| 2.6.5.1 | Protocolo corporativo sobre Código Sepsis  |
|---------|--|
| Fórmula | Participación de al menos 1 profesional de cada área en el grupo de trabajo para el diseño del Protocolo.              |
| Fuente  | Gerencia del Área  |
| Meta    | Protocolo elaborado<br>Memoria anual con las actividades realizadas para su implementación, y los resultados obtenidos |

## 2.8 Plan de Prevención de las agresiones a los profesionales.

| 2.8.1   | Registro y comunicación del incidente  |
|---------|--|
| Fórmula | Número de agresiones validadas en los 15 días posteriores a la declaración x 100 / Número de agresiones declaradas por el personal |
| Fuente  | Prevención de Riesgos laborales  |
| Meta    | ≥95%   |

| 2.8.2   | Actuaciones preventivas implantadas   |
|---------|---|
| Fórmula | Actuaciones preventivas propuestas que han sido implantadas x 100 / Actuaciones preventivas propuestas en las agresiones declaradas |
| Fuente  | Gerencia del Área.  |
| Meta    | ≥50%  |

| 2.8.3   | Formación continuada en prevención de agresiones   |
|---------|--|
| Fórmula | Personal del Área que ha participado en cursos o grupos terapéuticos de prevención de agresiones en el año x 100 / Personal del Área |
| Fuente  | Prevención de Riesgos laborales  |
| Meta    | ≥5%  |

## **Anexo 3**

---

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

---





### 3.1 Accesibilidad.

| 3.1.1   | Pacientes quirúrgicos con espera mayor 365 días  |
|---------|--|
| Fórmula | Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera estructural es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica |
| Fuente  | SIS - RD605 (PIN - SELENE)   |
| Meta    | 0%   |

| 3.1.2   | Pacientes quirúrgicos, prioridad 1 con espera mayor de 30 días   |
|---------|--|
| Fórmula | Pacientes en lista de espera quirúrgica, P-1, cuya espera estructural es superior a los 30 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica, P-1 |
| Fuente  | SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)   |
| Meta    | 0%   |

| 3.1.3   | Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)  |
|---------|---|
| Fórmula | Sumatorio (fecha final período de estudio – fecha entrada en registro) / Pacientes en el registro |
| Fuente  | PIN   |
| Meta    | ≤80 días en 2 de los 4 trimestres (junio, diciembre).   |

| 3.1.4   | Pacientes en lista de espera quirúrgica con salida distinta a intervención quirúrgica   |
|---------|---|
| Fórmula | 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 |
| Fuente  | SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)  |
| Meta    | ≤10%  |

| 3.1.6.1 | Pacientes en espera para consultas externas  |
|---------|--|
| Fórmula | Pacientes que rebasan el tiempo de 50 días de espera en consultas externas x 100 / Total Pacientes en espera en consultas externas |
| Fuente  | SIS - RD605 (DWH en SELENE)  |
| Meta    | < 20% del resultado del año anterior   |

|                |   |
|----------------|---|
| <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>3.1.14</b>  | <b>Cita en agenda de médicos de familia en menos de 72 horas</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Días en que la agenda (presencial y telefónica) de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) tienen una demora menor a 72horas x 100 / Días de la agenda (presencial y telefónica) de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 75%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.1.15</b>  | <b>Cita en agenda de pediatras en menos de 72 horas</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Días en que la agenda de pediatras (presencial y telefónica) (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) tienen una demora menor a 72 horas x 100 / Días de la agenda (presencial y telefónica) de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥75%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <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>    | ≥25%   |

### 3.2 Uso adecuado de los recursos.

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

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

| 3.2.10  | Demora en el alta hospitalaria   |
|---------|--|
| Fórmula | 1. Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica antes de las 14:00 horas x 100 / Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica desde las 08:00 a las 20:00 horas<br><br>2. Altas hospitalarias que tienen el informe de alta validado antes de las 12 horas x 100 / Altas hospitalarias |
| Fuente  | SELENE   |
| Meta    | 1. ≥35%<br>2. ≥45%   |

| 3.2.11  | Inasistencias en consultas hospitalarias   |
|---------|--|
| Fórmula | Pacientes citados en consulta externas de atención hospitalaria que no han acudido a la cita x100/ Pacientes citados en consulta externas de atención hospitalaria |
| Fuente  | SELENE-PIN   |
| Meta    | ≤15%   |

| 3.2.12  | Médico de familia: Atención a domicilio   |
|---------|---|
| Fórmula | Consultas realizadas a domicilio por el médico de familia en un mes / Total de médicos de familia |
| Fuente  | OMI   |
| Meta    | 5 al mes  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.2.13</b>  | <b>Enfermería: Atención a domicilio</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Consultas realizadas a domicilio por Enfermería de adultos en un mes / Total de enfermeras de adultos |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | 37 al mes   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.2.14</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<br>2. Tiempo de demora en la respuesta a la consulta no presencial solicitada |
| <b>Fuente</b>  | PIN  |
| <b>Meta</b>    | 1: 100%<br>2: 90% en ≤7 días y 50% en ≤ 4 días, en todos los servicios con INPAP implantada  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.2.15</b>  | <b>Consultas de Alta Resolución</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Número de consultas de Alta Resolución realizadas en las especialidades definidas x 100 / Total de consultas en las especialidades definidas |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia del Área y PIN  |
| <b>Meta</b>    | Informe con resultados obtenidos. Medición en el último cuatrimestre   |

### 3.3 Incapacidad Temporal.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>3.3.1</b>   | <b>Control 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>    | >90%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.3.2</b>   | <b>Porcentaje de altas que no superan la duración óptima</b>  |
| <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>    | >60%  |

### 3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta

| 3.4.1        | Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)  |
|--------------|--|
| Fórmula      | <p><b>Criterio 1: disponibilidad trimestral.</b> Se realizará una actualización trimestral de la información de los tipos de CMBD vigentes en la aplicación informática (codificada o no), como mínimo, en la primera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero conteniendo la información acumulada del año correspondiente. Excepción: CMBD incluidos en criterios 5 y 6.</p>   |
|              | <p><b>Criterio 2: cierre anual.</b> La codificación y notificación se cerrará antes del 1 de junio del año correspondiente en todos los CMBD y su porcentaje de codificación de diagnósticos será superior al 95%. Excepción: los incluidos en los criterios 5 y 6 no se tendrán en cuenta para el cálculo de la codificación.</p>   |
|              | <p><b>Criterio 3: exhaustividad.</b> La suma de episodios no remitidos al CMBD o al SIAE para las modalidades asistenciales de alta hospitalaria, CMA, y hospital de día médico diferirá en menos del 5%. Para las modalidades de hospitalización a domicilio y procedimientos especiales, la diferencia entre sistemas será &lt;10%. 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. Excepción: no se considerarán los CMBD incluidos en criterios 5 y 6.</p> |
|              | <p><b>Criterio 4: codificación.</b> El porcentaje de episodios sin ningún procedimiento codificado será menor del 1% (excepto HPRA) y de episodios con POA desconocido inferior al 10%. Excepción: CMBD incluidos en criterios 5 y 6.</p>  |
|              | <p><b>Criterio 5: CMBD de Urgencias.</b> La suma de episodios con literales en blanco, con siglas equívocas o con información no apropiada para la codificación clínica será inferior al 5%.</p>   |
|              | <p><b>Criterio 6: nuevos CMBD.</b> Se notificarán los CMBD de radioterapia (CMBD-RT) y radiología intervencionista (CMBD-RI) incluyendo al menos un 70 % de los episodios recogidos en el SIAE de alguno de ellos.</p>   |
| Fuente       | CMBD   |
| Meta         | 100 %  |
| Ponderación  | Criterio 1 x 5% + Criterio 2 x 5 % + + Criterio 3 x 60% + Criterio 4 x 20% + Criterio 5 x 5% + Criterio 6 x 5%   |
| Periodicidad | Trimestral y anual   |
| Desglose     | Gerencia de Áreas de los hospitales  |



## Anexo 4

---

# USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS

---





## 4.1 Medicina Familiar y Comunitaria.

### 4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.

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

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

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

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

| 4.1.3.1 | Antibióticos sistémicos  |
|---------|--|
| Fórmula | Dosis diarias definidas x 1.000 Habitantes y Día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria |
| Fuente  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| Meta    | ≤17  |

| 4.1.3.6 | Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)   |
|---------|---|
| Fórmula | Dosis diarias definidas x 1.000 Habitantes y Día (DHD), de fentanilo transmucoso        |
| Fuente  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica |
| Meta    | ≤0,5  |

## 4.2 Pediatría de Atención Primaria.

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

|                |   |
|----------------|---|
| <b>4.2.1.1</b> | <b>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%  |

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

|                |  |
|----------------|--|
| <b>4.2.2.1</b> | <b>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>    | ≤6   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>4.2.2.2</b> | <b>Niños menores de 3 años con catarro de vías altas tratados con antibióticos</b>                              |
| <b>Fórmula</b> | Número de menores de tres años con CVA tratados con antibióticos x 100 / Número de menores de tres años con CVA |
| <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.

| 4.4.1.1 | Desviación en el coste/paciente en patologías de alto impacto   |
|---------|---|
| Fórmula | (Coste por paciente Hospital – Coste por paciente promedio SMS) / Desviación Estándar<br>En: VIH, ARTRITIS REUMATOIDE, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CROHN, PSORIASIS, MIELOMA MÚLTIPLE, ASMA MEDIADA POR IgE Y URTICARIA CRÓNICA IDIOPATICA |
| Fuente  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| Meta    | 100% de las patologías seleccionadas con $\leq 1DS$   |

| 4.4.1.4 | Dosis Diarias Definidas de antibióticos sistémicos en el hospital por cada 1.000 estancias (IRAS-PROA)   |
|---------|--|
| Fórmula | Número total de Dosis Diarias Definidas de antibióticos sistémicos (J01) en el periodo x 1.000 / Número total de estancias durante el periodo. |
| Fuente  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica  |
| Meta    | $\leq 800$   |

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

| 4.5.5   | Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria  |
|---------|---|
| Fórmula | Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (DGPIFAC) x 100 / Pacientes tratados con medicamentos biológicos con disponibilidad de biosimilar |
| Fuente  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| Meta    | $\geq 75\%$   |

| 4.5.6   | Pacientes que inician tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria   |
|---------|---|
| Fórmula | Pacientes que inician tratamiento con biosimilar incluido en Resolución DGPIFAC x 100 / Pacientes que inician tratamiento con medicamento biológico del que se dispone de biosimilar incluido en Resolución |
| Fuente  | Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica   |
| Meta    | $\geq 95\%$   |



## Anexo 5

---

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

---



## 5.1 Formación sanitaria especializada.

| 5.1.4   | Evaluación del Residente. Aplicativo RESEVAL   |
|---------|--|
| Fórmula | 1. Número de evaluaciones anuales cumplimentadas en el aplicativo RESEVAL en 2022 / Número total de residentes a evaluar<br><br>2. Número de evaluaciones finales cumplimentadas en el aplicativo RESEVAL en 2022 / Número total de residentes que finalicen su periodo de formación |
| Fuente  | Gerencia del Área  |
| Meta    | 1. ≥75%<br>2. 100%   |

| 5.1.5   | Guía Itinerario Formativo Tipo   |
|---------|--|
| Fórmula | Número de GIFT correctamente cumplimentadas x 100 / Número total de GIFT que deben tener.            |
| Fuente  | Página Web de FSE: <a href="http://www.murciasalud.es/fse.php">http://www.murciasalud.es/fse.php</a> |
| Meta    | 100% de las GIFT   |

## 5.2 Formación continuada.

| 5.2.1   | Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales  |
|---------|---|
| Fórmula | Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior |
| Fuente  | Aplicativo SIAFOC/SAINT 7   |
| Meta    | ≥45 de los profesionales de los grupos A1, A2 y C1<br>≥35 de los profesionales de los grupos C2 y E                           |

| 5.2.2   | Formación en lactancia materna. Fase 3D de la IHAN   |
|---------|--|
| Fórmula | Profesionales sanitarios en atención directa con embarazadas, madres y lactantes que han realizado la actividad formativa en lactancia materna (Mímal) x 100 / Profesionales sanitarios en atención directa con embarazadas, madres y lactantes que deben realizar la actividad formativa en lactancia materna (Mímal) |
| Fuente  | Aplicativo SIAFOC/SAINT 8  |
| Meta    | ≥50%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>5.2.3</b>   | <b>Profesionales sanitarios de Atención Primaria que han recibido formación en Soporte Vital</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Profesionales sanitarios de Atención Primaria (titulados en medicina y enfermería) formados en Soporte Vital en los últimos 5 años (periodo 2018-2022) X 100 / Total de profesionales sanitarios (titulados en medicina y enfermería) en el periodo |
| <b>Fuente</b>  | Aplicativo SIAFOC/SAINT 8   |
| <b>Meta</b>    | ≥30%  |

### 5.3 Ordenación Profesional.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>5.3.1</b>   | <b>Profesionales sanitarios dados de alta en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios REPS</b>            |
| <b>Fórmula</b> | Número de profesionales sanitarios que están dados de alta en el REPS x 100 / Número de profesionales sanitarios |
| <b>Fuente</b>  | REPS   |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |



## 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>  | Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW        |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% presupuesto asignado: 31.825.650,00 €                    |

| 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>  | Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% presupuesto asignado: 5.108.775,11 €   |

| 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>  | Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% presupuesto asignado: 7.369.413,83 €  |

| 6.1.4          | Gasto en conciertos y autoconcierto  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto |
| <b>Fuente</b>  | Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% presupuesto asignado: 4.649.073,40 €  |

| 6.1.5          | Gasto en receta farmacéutica  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica |
| <b>Fuente</b>  | Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW                                      |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% presupuesto asignado: 24.258.776,78 €  |

| 6.1.6          | Recaudación en cobros a terceros   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros |
| <b>Fuente</b>  | Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80% objetivo asignado:479.779,41 €   |

| 6.1.7          | Gasto en material sanitario en los servicios y unidades seleccionados   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario<br><br>Servicios y Unidades seleccionados:<br>Quirófanos, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Análisis Clínicos, Unidades de hospitalización, Urgencias, Cirugía General y Digestivo, Anatomía Patológica, Anestesia Reanimación, Oftalmología y Urología. |
| <b>Fuente</b>  | Portal de Inteligencia de Negocio. Consumos de material   |
| <b>Meta</b>    | ≤100%   |

| 6.1.8          | Reducción del gasto en Tiras Reactivas en Atención Primaria                         |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | ((Importe del gasto 2022 – Importe del gasto 2021) x100) / Importe del gasto 2021   |
| <b>Fuente</b>  | Sistema de información SAP. Consumos de material. Portal de Inteligencia de Negocio |
| <b>Meta</b>    | ≤10%  |

## 6.2 Objetivo complementario.

| 6.2.1          | Ahorro presupuestario   |
|----------------|---|
| <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>  | Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real   |
| <b>Meta</b>    | Inferior a lo presupuestado   |

| <b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>   | <b>274,5</b> |
|--|--------------|
| <b>Valorar el impacto de la COVID-19</b>   |              |
| 1.5 Actividades de seguimiento a pacientes crónicos complejos  | 20           |
| 1.3 Proyecto de Intervención comunitaria   | 20           |
| 1.4 Cobertura de vacunación frente a la COVID-19   | 20           |
| 1.5 Cobertura de vacunación frente a la COVID-19 en profesionales sanitarios   | 20           |
| <b>Calidad Percibida</b>   | <b>9</b>     |
| 2.1.2 Satisfacción en Atención Primaria  |              |
| 2.1.3 Accesibilidad General en Atención Primaria   |              |
| <b>Servicios de Atención Primaria</b>  |              |
| 3.2.1 Pacientes crónicos atendidos por enfermería (HTA, DM, Obesidad, EPOC, Inmov, hiperlip)                         | 1            |
| 5.1.3 Revisiones periódicas en niños de 14 años  | 1            |
| 5.1.3a Niños de 2 a 14 años con diagnóstico de obesidad  | 1            |
| 10.1.1 Púerperas con visita puerperal realizada: anamnesis exploración   | 1            |
| 11.2.1 Registro del tipo método anticonceptivo usado   | 1            |
| 12.2.3 Cribado citológico sistemático cada 5 años  | 1            |
| 18.2.4a Diabéticos con determinación de hemoglobina glicosilada  | 1            |
| 18.3.1a Diabéticos con hemoglobina glicosilada mayor del 9%  | 1            |
| 24.1.1a Personas no fumadoras  | 1            |
| 24.1.1 Registro de consumo de tabaco en los últimos dos años   | 1            |
| 2.5.1.1 Recién nacidos con revisión en los 10 días siguientes al parto   | 3,3          |
| 2.5.1. 2 Lactancia materna a los 6 meses de edad   | 3,3          |
| 2.5.1.3 Lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad  | 3,3          |
| 2.5.3.2 Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria  | 3            |
| 2.5.3.3 Vacunación frente a la gripe en EPOC   | 3            |
| 2.5.4.3 Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o igual a 7% (En personas menores de 65 años) | 6            |
| 2.5.5.3 Control adecuado de Tensión Arterial en pacientes hipertensos  | 6            |
| 2.5.6.1 Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio   | 5            |
| 2.5.6.6 Úlceras por presión en personas inmovilizadas  | 5            |
| 2.5.9.1 Cobertura de vacunación 2ª dosis triple vírica   | 2            |
| 2.5.9.2 Cobertura de vacunación frente al meningococo C y 1ª dosis de triple vírica                                  | 2            |

|   |     |
|---|-----|
| 2.5.9.4 Cobertura de vacunación frente a la gripe   | 2   |
| 2.5.9.5 Cobertura de vacunación frente a la gripe en el embarazo                                | 2   |
| 2.5.9.6 Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios                   | 2   |
| 2.5.10.1 Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria                                       | 6   |
| 3.1.14 Cita en agenda de médicos de familia en menos de 72 horas                                | 13  |
| 3.1.15 Cita en agenda de pediatras en menos de 72 horas   | 13  |
| 3.2.12 Médico de familia: Atención a domicilio  | 5   |
| 3.2.13 Enfermería: Atención a domicilio   | 5   |
| <b>Consumo de antibióticos</b>  |     |
| 4.1.2.1 Tasa de antibióticos de amplio espectro/espectro reducido                               | 8   |
| 4.1.3.1 DHD antibióticos sistémicos   | 8   |
| 4.2.1.1 Amoxicilina-clavulánico   | 6   |
| 4.2.2.1 DHD antibióticos sistémicos en menores de 3 años  | 8   |
| 4.2.2.2 Niños menores de 3 años con catarro de vías altas tratados con antibióticos             | 7   |
| <b>No Hacer</b>   |     |
| 2.4.6 Uso de paracetamol en dosis de 1 gramo de forma sistemática                               | 3,3 |
| 2.4.8 Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulino dependientes                      | 3,3 |
| <b>Otros medicamentos</b>   |     |
| 4.1.1.1 Importe por paciente ajustado por morbilidad y complejidad                              | 14  |
| 4.1.3 6 Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)   | 8   |
| <b>Formación</b>  |     |
| 5.2.3 Profesionales sanitarios de Atención Primaria que han recibido formación en Soporte Vital | 5   |
| <b>Incapacidad temporal</b>   |     |
| 3.3.1 Control IT  | 5   |
| 3.3.2 Porcentaje de altas que se ajustan a los días de duración óptima.                         | 5   |
| <b>Presupuesto</b>  |     |
| 6.1 8 Reducción del gasto en Tiras Reactivas en Atención Primaria                               | 5   |



Región de Murcia  
Consejería de Salud



ÁREA DE SALUD 1  
MURCIA-OESTE

**Arrixaca**



**Acuerdo de  
Gestión  
2022**