

Acuerdo de Gestión 2022

Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias 061



Región de Murcia
Consejería de Salud



Índice

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 Actualización de los Procesos asistenciales.....	22
2.2.1 Manejo avanzado de la vía aérea en UME.....	22
2.2.2 Resucitación cardiopulmonar en UME.....	23
2.2.3 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono.	23
2.2.4 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias.	24
2.2.9 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).	25
2.2.10 Código Ictus.	26
2.3 Calidad de los Sistemas de información.....	27
2.4 Calidad de los Cuidados.	28
2.5 Seguridad del paciente.....	28
2.5.1 Sistema de notificación de incidentes.....	28
2.5.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente.	29
Anexo 3 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS.....	31
Anexo 4 USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS	35
Anexo 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	39
5.1 Formación continuada.	41
5.2 Ordenación Profesional.....	41
Anexo 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO.....	43

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 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 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	
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	600
3	Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.	
4	Uso apropiado de los medicamentos.	20
5	Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.	80
6	Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.	300*

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

Código	Objetivo	Porcentaje	Puntos
6.1	Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual	60	180
6.2	Gasto en material sanitario	30	90
6.3	Recaudación en cobros a terceros	10	30
	Total	100	300

La Gerencia 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).

REUNIDOS

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

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

DIRECTOR GERENTE DE URGENCIAS Y
EMERGENCIAS 061

D. Francisco José Ponce Lorenzo.

D. Francisco Celdrán Gil.

INDICADORES

Anexo 1

VALORAR EL IMPACTO DE LA COVID-19

1.1	Tiempo de respuesta en asistencias tipificadas A1 a pacientes COVID-19
Fórmula	Asistencias a pacientes con COVID-19 tipificados en CCU como A1 realizadas en menos de 15 minutos x 100 / Asistencias a pacientes con COVID-19 tipificados en CCU como A1 realizadas
Fuente	ECHO e Historia clínica 061
Meta	≥85 %

1.2	Tiempo de respuesta en asistencias a pacientes COVID-19. “Dificultad respiratoria A2”
Fórmula	Asistencias a pacientes con COVID-19 tipificados en CCU como “Dificultad respiratoria A2” realizadas en menos de 30 minutos x 100 / Asistencias a pacientes con COVID-19 tipificados en CCU como “Dificultad respiratoria A2” realizadas
Fuente	ECHO e Historia clínica 061
Meta	≥85 %

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

Anexo 2

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

2.1 Calidad Percibida.

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

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

2.1.3	Satisfacción en el Área de Urgencias Exeahospitalarias 061 - SUAP.
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la atención recibida por parte del 061- SUAP x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida 061- SUAP
Meta	≥ 80%

2.1.4	Accesibilidad en el Área de Urgencias Exeahospitalarias 061 - SUAP.
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción el tiempo que tuvieron que esperar para que un sanitario les preguntara por primera vez, qué le pasaba x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida 061- SUAP
Meta	≥80%

2.1.5	Información en el Área de Urgencias Exeahospitalarias 061 - SUAP.
Fórmula	Pacientes que valoran como bien o muy bien la información que le dieron antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debían seguir x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida 061- SUAP
Meta	≥85%

2.2 Actualización de los Procesos asistenciales.

2.2.1 Manejo avanzado de la vía aérea en UME.

2.2.1.1 Registro de capnografía en intubaciones orotraqueales	
Fórmula	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de capnografía x 100 / Pacientes con intubación orotraqueales realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 50%

2.2.1.2 Registro de saturación arterial de oxígeno en intubaciones orotraqueales	
Fórmula	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de saturación arterial de oxígeno x 100 / Pacientes con intubación orotraqueales realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 75%

2.2.1.3 Registro de parámetros de ventilación post intubación orotraqueal	
Fórmula	Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de los parámetros de ventilación post intubación (modo, frecuencia y relación tiempo inspiración/tiempo espiración) x 100 / Pacientes con intubación orotraqueal realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 75%

2.2.1.4 Monitorización de Indicadores de Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)	
Fórmula	Pacientes a los que se ha realizado VMNI con registro en historia clínica de los valores programados en el respirador x 100 / Total de VMNI realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥80%

2.2.2 Resucitación cardiopulmonar en UME.

2.2.2.1 Actuación clínica adecuada en la resucitación cardiorrespiratoria	
Fórmula	Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria ajustada a protocolo x 100 / Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥90%

2.2.2.2 Recuperación de la circulación	
Fórmula	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con recuperación de la circulación x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 60%

2.2.2.3 Cumplimentación de la Historia Clínica en la parada cardiorrespiratoria (PCR)	
Fórmula	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con registro en su historia clínica de todos los parámetros relevantes para su atención x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥ 70%

2.2.3 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono.

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

2.2.3.2	Mantener en línea hasta llegada de unidad
Fórmula	Reanimaciones cardiorrespiratorias guiadas telefónicamente realizadas en las que se mantiene la línea telefónica abierta hasta la llegada de la unidad de Soporte Vital Avanzado x 100 / Reanimaciones cardiorrespiratorias guiadas telefónicamente realizadas
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥90%

2.2.4 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias.

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

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

2.2.4.4	Codificación del diagnóstico en UME
Fórmula	Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME en las que figura el código CIE-9 del proceso diagnosticado X 100 / Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME
Fuente	ECHO
Meta	≥ 95%

2.2.4.5	Codificación del diagnóstico en SUAP
Fórmula	Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en las que figura el código CIE-9 del proceso diagnosticado X 100 / Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades SUAP
Fuente	ECHO
Meta	≥ 90%

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

2.2.9 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

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

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

2.2.9.3	Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061
Fórmula	Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto médico es el 061 y con realización de angioplastia primaria, cuyo tiempo desde la llegada de la unidad al lugar del aviso hasta la llegada al hospital es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria
Fuente	Historia clínica 061
Meta	≥ 90%

2.2.9.4	Tiempo de respuesta en el paciente con SCACEST
Fórmula	Pacientes atendidos con SCACEST cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100/ Pacientes atendidos con SCACEST
Fuente	ECHO
Meta	≥95%

2.2.9.5	Cumplimentación de la Historia Clínica en SCACEST
Fórmula	Pacientes atendidos con SCACEST con registro en su historia clínica de todos los parámetros relevantes para su atención x 100 / Pacientes atendidos con SCACEST
Fuente	Gerencia 061
Meta	≥70%

2.2.10 Código Ictus.

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

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

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

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

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

2.3 Calidad de los Sistemas de información.

2.3.1	Grado de cumplimentación de la Historia clínica en SUAP
Fórmula	Asistencias exteriores realizadas en SUAP con registro en la Historia Clínica de los datos considerados básicos (administrativos, tiempos de activación y clínicos) x 100 / Asistencias exteriores realizadas en SUAP
Fuente	Historia clínica SUAP
Meta	≥95%

2.3.2	Grado de cumplimentación de la Historia clínica en UME
Fórmula	Asistencias realizadas en UME con registro en la Historia Clínica de los datos considerados básicos (administrativos, tiempos de activación y clínicos) x 100 / Asistencias realizadas en UME
Fuente	Historia clínica UME
Meta	≥95%

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

2.4 Calidad de los Cuidados.

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

2.4.2	Continuidad de cuidados de enfermería en el SUAP
Fórmula	Asistencias realizadas en SUAP donde se refleja tratamiento y recomendaciones de enfermería en el informe de alta x 100 /Asistencias realizadas por enfermería en SUAP
Fuente	OMI SURE
Meta	≥ 35%

2.5 Seguridad del paciente.

2.5.1 Sistema de notificación de incidentes.

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

2.5.2 Plan regional para mejora de la Seguridad del Paciente.

2.5.2.1	Conservación y temperatura de medicamentos en UME y SUAP
Fórmula	Unidades donde se realiza el control diario de temperatura x 100 / Unidades UME y SUAP Desagregado por UME y SUAP
Fuente	Diarios de las Unidades
Meta	≥90% en los dos dispositivos

2.5.2.2	Control y mantenimiento de los almacenes en UME y SUAP
Fórmula	Unidades donde se realiza el registro de control mensual de los almacenes x 100 / Unidades UME y SUAP Desagregado por UME y SUAP
Fuente	Registro control de almacenes
Meta	≥95% en los dos dispositivos

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

2.5.2.4	Control de la esterilización de la autoclave
Fórmula	1. Unidades donde se realiza el control mensual químico mensual de esterilización de la autoclave x 100 / Unidades con autoclave 2. Unidades donde se realiza el control mensual biológico mensual de esterilización de la autoclave x 100/ Unidades con autoclave
Fuente	Registro controles de esterilización Gerencia 061
Meta	≥85%

2.5.2.5	Programa PROA de la Gerencia
Fórmula	Participación del SUAP en el equipo PROA-Atención Primaria
Fuente	Gerencia del 061
Meta	Al menos un profesional por Área de Salud

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

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

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

3.3	Gestión del transporte sanitario interhospitalario (TIH) en la modalidad Urgente o Emergente por el 061
Fórmula	TIH con tiempo de llegada al centro emisor no superior a 30 minutos x 100 / TIH efectuados
Fuente	ECHO e Historia clínica 061
Meta	100%

3.4	Tiempo de espera en las consultas urgentes en SUAP
Fórmula	Tiempo medio de espera para ser atendido por médico y enfermería desde que se registra el paciente en OMI SURE
Fuente	OMI SURE
Meta	≤ 15 minutos

3.5	Reconsultas en SUAP
Fórmula	Pacientes que consultan de nuevo a las 72h tras la primera atención en SUAP x 100 / Pacientes atendidos en SUAP
Fuente	OMI SURE
Meta	≤ 4%

3.6 Resolución en SUAP	
Fórmula	Pacientes atendidos en SUAP no derivados a urgencias hospitalarias x 100 / Pacientes atendidos en SUAP
Fuente	OMI SURE
Meta	≥ 90%

3.9 Consulta médica telefónica en CCU resueltas	
Fórmula	Consultas telefónicas resueltas por CCU sin asignación de recurso x 100 / Consultas médicas realizadas
Fuente	ECHO2
Meta	≥ 95%

Anexo 4

USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS

4.1	Apertura de un depósito de medicamentos en la Gerencia del 061
Fórmula	Apertura del depósito de medicamentos y productos sanitarios vinculado al Hospital Virgen de la Arrixaca, y suministro de medicación a los SUAP de todas las áreas y las UME, conforme a los pactos de medicación con la Unidad de Farmacia de la Gerencia
Fuente	Gerencia del 061
Meta	Comunicación de la apertura del depósito e inicio de suministro de medicación antes del fin de 2022.

Anexo 5

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

5.1 Formación continuada.

5.1.1	Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
Fórmula	Profesionales distintos 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 ≥35 de los profesionales de los grupos C2 y E

5.1.2	Profesionales sanitarios que han recibido formación en Soporte Vital
Fórmula	Profesionales sanitarios (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
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 8
Meta	≥30%

5.2 Ordenación Profesional.

5.2.1	Profesionales sanitarios dados de alta en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)
Fórmula	Número de profesionales sanitarios que están dados de alta en el REPS x 100 / Número de profesionales sanitarios
Fuente	REPS
Meta	≥90%

Anexo 6

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

6.1	Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual
Fórmula	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
Fuente	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 48.534.640,00€

6.2	Gasto en material sanitario
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
Fuente	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 2.632.929,92 €

6.3	Recaudación en cobros a terceros
Fórmula	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros
Fuente	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
Meta	≥ 80% Objetivo asignado: €

6.4	Ahorro presupuestario
Fórmula	(Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria)) x 1000 / Presupuesto asignado total de la Gerencia
Fuente	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
Meta	Inferior a lo presupuestado



Región de Murcia
Consejería de Salud



ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca



Acuerdo de
Gestión
2022

