



Región de Murcia
Consejería de Salud

Acuerdo de Gestión

2025-26



Gerencia 061

INDICE

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN | 5 |
| MARCO NORMATIVO | 5 |
| CONSIDERACIONES GENERALES | 6 |
| LÍNEAS DE ACTUACIÓN | 7 |
| DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL ACUERDO ... | 11 |
| ESTIPULACIONES..... | 13 |
| ANEXO 1..... | 15 |
| ANEXO 2..... | 17 |
| ANEXO 3..... | 23 |
| ANEXO 4..... | 25 |
| ANEXO 5..... | 27 |
| ANEXO 6..... | 31 |
| ANEXO 7..... | 33 |

PRESENTACIÓN

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

- Fortalecer la salud pública y comunitaria.
- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- Mejorar de forma continua la calidad y seguridad asistencial.
- Aumentar la satisfacción de los ciudadanos con el servicio recibido.
- Garantizar la sostenibilidad financiera y medioambiental del SMS.
- Cumplir los compromisos de salud laboral, igualdad y formación continuada de los profesionales.
- Garantizar la continuidad de la atención en los procesos asistenciales.
- Implicar a los profesionales, cada uno en su nivel de responsabilidad, en la gestión de la calidad, la consecución de los resultados asistenciales, el aporte de valor y el uso eficiente de los recursos asignados.

MARCO NORMATIVO

La **Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia**, nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia, dotándolo de la adecuada organización de los servicios existentes, todo ello en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia establece en el artículo 11.f) en materias de sanidad e higiene. La experiencia acumulada desde la entrada en vigor de la citada ley, y muy especialmente el primer Plan de Salud, aconsejaron progresar en el mandato del artículo 43 de la Constitución Española y en el marco de la legislación básica establecida por la Ley General de Sanidad, en cuanto a los aspectos ya regulados de carácter organizativo, de tutela de la salud pública y en los de la educación sanitaria, mediante el establecimiento de un sistema sanitario ágil y eficiente, descentralizado y autónomo, ampliamente responsable, con capacidad de financiación y participativo, creando un marco de referencia legal suficientemente amplio.

El resultado fue la **Ley 4/1994, de 16 de julio, de Salud de la Región de Murcia**, que supuso una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Salud y la segunda al SMS como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra. Para el desarrollo del nuevo modelo, la Ley prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales, así como la orientación hacia el paciente. Según se desprende del articulado de la Ley, este entorno organizativo ha de sustentarse en un modelo de gestión actualizado que permita racionalizar el coste del modelo sanitario que disfruta la sociedad murciana para permitir su pervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria.

En el artículo 32 de esta Ley, “Dirección por objetivos”, se establece que los centros, servicios y establecimientos del SMS deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y

gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y en la calidad de la asistencia. Asimismo, determina que para la implantación de una dirección por objetivos y un control por resultados en los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

En este contexto, los principios que orientan las actuaciones del SMS son:

- Universalidad.
- Equidad.
- Respeto a los valores de las personas sin discriminación alguna.
- Trabajo en equipo.
- Transparencia en la gestión.
- Compromiso con la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar el mejor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

CONSIDERACIONES GENERALES

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

Dada la complejidad organizativa y de gestión de un ente sanitario regional como el SMS, y especialmente para consolidar el cumplimiento de aquellos objetivos que por su dificultad o dependencia de medidas adicionales o requisitos tecnológicos así lo precisan, la Gerencia del SMS ha acordado **ampliar del marco temporal de vigencia de este AG, dándole carácter bienal a los ejercicios 2025 y 2026**. En cualquier caso, se mantendrá la evaluación anual de cada ejercicio, informando de sus resultados a cada equipo directivo.

La gerencia de cada área o dispositivo asistencial dispondrá de la financiación adecuada para cumplir con los objetivos suscritos en el presente AG. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas asistenciales u organizativas sobrevenidas que tengan repercusión económica en el presupuesto de los ejercicios 2025 y 2026.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

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

Cómo impulso a la descentralización de la gestión hacia las áreas y centros, el Servicio Murciano de Salud ha incluido en los Acuerdos de Gestión de los últimos años la Línea Estratégica de “Despliegue del Acuerdo y Pactos de Gestión”.

El compromiso de la gerencia para alcanzar los objetivos contenidos en el presente AG requiere de la implicación de todos los profesionales, verdaderos protagonistas de la atención. Para ello, es fundamental la transparencia de la información, de forma que todos los profesionales sean conocedores de los objetivos e indicadores de esta herramienta de gestión. Con ese propósito, la gerencia desplegará los objetivos del AG a todas las unidades y equipos de la forma que considere más adecuada para lograr el alcance pretendido, acordando con ellos metas que ayuden a la consecución de los objetivos estratégicos de la gerencia.

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

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

El número de indicadores pactados por servicio/unidad/equipo que serán tenidos en cuenta para la evaluación del Acuerdo de Gestión no serán menos de 2 ni más de 4.

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

- Pertinencia. Los indicadores deben ser relevantes para el área o proceso que se desea medir, evitando mediciones innecesarias o irrelevantes.
- Preferentemente ser medibles de manera cuantitativa: se expresará en porcentaje, razón, tasa, media, número absoluto, etc.
- Existencia de un sistema de información para medirlo.
- Ser válidos: se trata de aspectos que tienen incidencia directa o indirecta en la mejora del servicio/atención al paciente.
- Se fijará una meta a alcanzar.

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

La línea de actuación 1 contiene 2 objetivos:

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

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

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

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

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

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

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

Objetivo 1: Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.

Objetivo 2: Mejorar los procesos de asistenciales.

Objetivo 3: Mejorar los sistemas de información.

Objetivo 4: Mejorar la calidad de los cuidados.

Objetivo 5: Mejorar la seguridad del paciente.

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

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

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

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

Los objetivos que contienen la línea 3 son:

Objetivo 1: Mejorar los tiempos de respuesta en las situaciones de urgencias y emergencias sanitarias.

Objetivo 2: Garantizar un uso adecuado de los recursos.

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

LÍNEA DE ACTUACIÓN 4: USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS

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

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

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

LINEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES Y LA ORGANIZACIÓN

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

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

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

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

La mejora continua de la calidad del sistema sanitario es un principio que debe presidir las actuaciones sobre protección de la salud de la Administración sanitaria. Esto incluye la necesidad de potenciar, identificar y reconocer aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio de manera excelente o mejor que el promedio.

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

Objetivo 1: Aumentar la cobertura de vacunación entre los profesionales sanitarios.

Objetivo 2: Prevenir las agresiones a los profesionales.

Objetivo 3: Formación y desarrollo profesional. Formación continuada.

Objetivo 4: Promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres del SMS.

Objetivo 5: Promover las Buenas Prácticas.

En el ANEXO 5 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos de esta línea de actuación.

LINEA DE ACTUACIÓN 6: SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

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

La mejora de la eficacia en la contratación es necesaria para la mejora de los tiempos y de los resultados financieros de la organización.

Los objetivos incluidos en esta línea son los siguientes:

Objetivo 1: Cumplimiento de los presupuestos asignados.

Objetivo 2: Mejorar la eficacia de la contratación.

En el ANEXO 6 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos en esta línea de actuación.

La valoración de los indicadores de cumplimiento presupuestario se hará de acuerdo al presupuesto asignado por la Gerencia del Servicio Murciano de Salud.

LINEA DE ACTUACIÓN 7: CUMPLIMIENTO DE LOS PACTOS DE GESTIÓN

Los Pactos de Gestión comienzan con la firma de estos con cada uno de los servicios/unidades/equipos y finalizan con la evaluación de los mismos.

Corresponde a la gerencia valorar el porcentaje de indicadores que cumplen con las metas pactadas indicando, en caso contrario, el plan de mejora específico a poner en marcha.

La gerencia remitirá a la SGCASE un informe con el porcentaje de indicadores que cumplen con las metas pactadas, así como, los planes de mejora de aquellos indicadores que no alcancen las mismas (ANEXO 7).

DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL ACUERDO

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

| | | 2025-2026 |
|--------------|--|-----------|
| 1 | Despliegue del Acuerdo y Pactos de Gestión | 70 |
| 2 | Calidad y seguridad de la atención sanitaria | 250 |
| 3 | Accesibilidad y uso adecuado de los recursos | 150 |
| 4 | Uso apropiado de los medicamentos | 50 |
| 5 | Compromiso con los profesionales y la organización | 110 |
| 6 | Sostenibilidad económica | 250 |
| 7 | Cumplimiento de los Pactos de Gestión | 120 |
| TOTAL | | 1000 |

ESTIPULACIONES

REUNIDOS

De una parte, Dña. Isabel Ayala Vigueras, Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra, D. Francisco Celdrán Gil, Director Gerente del 061.

ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el bienio 2025-2026, 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 2025-2026 de la prestación de asistencia sanitaria a la población protegida por el Servicio Murciano de Salud, así como la financiación asignada para la realización de estos servicios.

Segunda - Vigencia

El Acuerdo de Gestión que se suscribe establece el compromiso por la mejora de la atención sanitaria durante el periodo 1 de enero de 2025 a 31 de diciembre de 2026, salvo que se solicite una revisión de la vigencia por cualquiera de las partes con al menos dos meses de antelación, y en tanto no se suscriba el siguiente Acuerdo. No obstante, se realizará una evaluación anual al cierre del ejercicio de 2025.

Tercera - Objetivos

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

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

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

Firmado Electrónicamente al margen

DIRECTORA GERENTE DEL SMS

DIRECTOR GERENTE DEL 061

Dña. Isabel Ayala Vigueras

D. Francisco Celdrán Gil.

ANEXO 1

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 1: DESPLIEGUE DEL ACUERDO Y PACTOS DE GESTIÓN | | | | | | Ponderación: 70/1000 |
|--|------------------------|--|---|--|-----------------------|----------------------|
| <u>Objetivo 1 Despliegue y difusión del Acuerdo de Gestión a todos los dispositivos de la gerencia</u> | | | | | | Ponderación 20/70 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 1.1_AG25_061 | Todos los dispositivos | Despliegue y difusión en el Área de las líneas estratégicas generales priorizadas en el Acuerdo de Gestión | La Gerencia elaborará un resumen ejecutivo con las directrices estratégicas, la ponderación, evaluación del Acuerdo de Gestión y establecerá un plan de difusión del mismo a toda la organización | Informe a 31 de marzo de 2025 | Gerencia 061 | 20 |
| <u>Objetivo 2 Establecer Pactos de Gestión con las unidades /equipos o dispositivos en relación con los objetivos propios de la gerencia</u> | | | | | | Ponderación 50/70 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 1.2_AG25_061 | Todos los dispositivos | 2.1 Entrega de Pactos realizados en formato normalizado | | Documentación entregada a la SGCASE en formato normalizado a 31 de marzo de 2025 | Gerencia 061 | 20 |
| 1.3_AG25_061 | Todos los dispositivos | 2.2 Porcentaje de dispositivos asistenciales y no asistenciales | Número de dispositivos asistenciales y No asistenciales que firman Pactos de Gestión con la Gerencia x 100 / Total de dispositivos asistenciales y No asistenciales de la Gerencia | 100% | Gerencia 061 | 30 |

ANEXO 2

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA | | | | | | Ponderación: 250/1000 |
|---|------------------|---|--|------|-----------------------|-----------------------|
| Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida | | | | | | Ponderación 50/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 2.1_AG25_061 | SUAP | 2.1.3 Satisfacción en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP | Pacientes que valoran con 8 o más su satisfacción con la atención recibida por parte del 061-SUAP x 100 / Valoraciones realizadas | ≥80% | SGCASE | 25 |
| 2.2_AG25_061 | SUAP | 2.1.4 Accesibilidad en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP | Pacientes que valoran con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar para que un sanitario les preguntara por primera vez, qué le pasaba x 100 / Valoraciones realizadas | ≥80% | SGCASE | 25 |
| Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales | | | | | | Ponderación 90/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 2.2.2 Resucitación cardiopulmonar | | | | | | |
| 2.3_AG25_061 | UME/SUAP | 2.2.2.2 Recuperación de circulación | Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con recuperación de la circulación x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria | ≥55% | Gerencia 061 | 18 |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA | | | | | | | Ponderación: 250/1000 |
|--|------------------|--|--|------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales | | | | | | | Ponderación 90/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual | |
| 2.2.9 Atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) | | | | | | | |
| 2.4_AG25_061 | UME/SUAP | 2.2.9.2 Terapia fibrinolítica en tiempo adecuado en UME | Pacientes con 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 SCACEST cuyo primer contacto médico es la UME y que han recibido terapia fibrinolítica in situ | ≥95% | Gerencia 061 | 18 | |
| 2.5_AG25_061 | UME/SUAP | 2.2.9.3 Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061 | Pacientes con 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 con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria | ≥80% | Gerencia 061 | 18 | |
| 2.6_AG25_061 | UME/SUAP | 2.2.9.4 Tiempo de respuesta en el paciente con SCACEST | Pacientes 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 con SCACEST | ≥85% | Gerencia 061 | 18 | |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA | | | | | | | Ponderación: 250/1000 |
|--|------------------|---|---|------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| <u>Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales</u> | | | | | | | Ponderación 90/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual | |
| 2.2.10 Código Ictus | | | | | | | |
| 2.7_AG25_061 | UME/SUAP | 2.2.10.1 Tiempo de respuesta en el paciente con Ictus | Pacientes 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 con Ictus | ≥85% | Gerencia 061 | 18 | |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA | | | | | | Ponderación : 250/1000 |
|--|------------------|--|--|------|-----------------------|------------------------|
| <u>Objetivo 3 Mejorar los sistemas de información</u> | | | | | | Ponderación 30/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 2.8_AG25_061 | SUAP | 2.3.3.1 Transferencia de pacientes con identificación de los profesionales en SUAP | Asistencias realizadas en SUAP 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/o enfermero receptor x 100 / Asistencias realizadas en SUAP que se derivan al hospital | ≥90% | Gerencia 061 | 15 |
| 2.9_AG25_061 | UME | 2.3.3.2 Transferencia de pacientes con identificación de los profesionales en UME | Asistencias realizadas en UME 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/o enfermero receptor x 100 / Asistencias realizadas en UME que se derivan al hospital | ≥90% | Gerencia 061 | 15 |
| <u>Objetivo 4 Mejorar la calidad de los cuidados</u> | | | | | | Ponderación 30/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 2.10_AG25_061 | SUAP | 2.4.1 Plan de cuidados de enfermería | Asistencias realizadas en SUAP con valoraciones, objetivos e intervenciones de enfermería registradas en la continuidad de cuidados de la historia clínica x 100 /Asistencias realizadas por enfermería en SUAP | ≥80% | Gerencia 061 | 15 |
| 2.11_AG25_061 | SUAP | 2.4.2 Continuidad de cuidados de enfermería | Asistencias realizadas en SUAP donde se refleja tratamiento y recomendaciones de enfermería en el informe de alta x 100 / Asistencias realizadas por enfermería en SUAP | ≥40% | Gerencia 061 | 15 |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA | | | | | | Ponderación: 250/1000 |
|--|------------------|---|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Objetivo 5 Mejorar la seguridad del paciente | | | | | | Ponderación 50/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 2.5.1 Sistema de notificación de incidentes | | | | | | |
| 2.12_AG25_061 | UME/SUAP | 2.5.1.2 Notificaciones en SINAPS no gestionadas (que tardan más de un mes en cerrarse) | Notificaciones en SINAPS que mantienen su estado como "abierta" (indicando que aún no se ha terminado su gestión) tras haber transcurrido 30 días de su envío por el notificador x 100 / Total de notificaciones en SINAPS recibidas a partir del 1 de enero del año en curso y hace más de 30 días de la fecha de cálculo del indicador | ≤10% | Gerencia 061 | 10 |
| 2.13_AG25_061 | UME/SUAP/CCU | Profesionales sanitarios que han recibido formación en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. | Profesionales sanitarios (titulados en medicina, farmacia, enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería) que han realizado la formación "SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (Si-NASP)" en los últimos 5 años (periodo 2021-2025 para la evaluación del año 2025 y periodo 2022-2026 para la evaluación de 2026) X 100 / Total de profesionales sanitarios (titulados en medicina, farmacia, enfermería y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería) en el periodo de estudio | 2025: ≥5% 2026: ≥10% | Gerencia 061 | 20 |
| 2.5.2 Plan Regional para la Mejora de la Seguridad del paciente | | | | | | |
| 2.14_AG25_061 | SUAP | 2.5.2.3 Control y mantenimiento de los carros de parada | Unidades SUAP donde se realiza la revisión diaria del carro de parada x 100 / Unidades SUAP | ≥95% | Gerencia 061 | 20 |

ANEXO 3

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 3: ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS | | | | | | Ponderación : 150/1000 |
|--|------------------|---|---|----------|-----------------------|------------------------|
| Objetivo 1 Mejorar los tiempos de respuesta en las situaciones de urgencias y emergencias sanitarias | | | | | | Ponderación 100/150 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 3.1_AG25_061 | CCU | 3.1 Tiempos de respuesta del 061 ante las urgencias y emergencias clasificadas como prioridad A1 | Asistencias con prioridad A1 realizadas en menos de 15 minutos, excluyendo las unidades fuera de crona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A1 | ≥95% | Gerencia 061 | 40 |
| 3.2_AG25_061 | CCU | 3.2 Tiempos de respuesta del 061 ante las urgencias y emergencias clasificadas como prioridad A2 | Asistencias con prioridad A2 realizadas en menos de 30 minutos, excluyendo las unidades fuera de crona x 100 / Asistencias clasificadas como prioridad A2 | ≥90% | Gerencia 061 | 30 |
| 3.3_AG25_061 | CCU | 3.3 Gestión del transporte sanitario interhospitalario (TIH) en la modalidad urgente o emergente por el 061 | TIH con tiempo de llegada al centro emisor no superior a 30 minutos x 100 / TIH efectuados | ≥95% | Gerencia 061 | 30 |
| Objetivo 2 Garantizar un uso adecuado de los recursos | | | | | | Ponderación 50/150 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 3.4_AG25_061 | SUAP | 3.4 Tiempo de espera en las consultas urgentes en SUAP en pacientes con patología prioridad A1 | Tiempo medio de espera en pacientes con patología prioridad A1 para ser atendido por médico y enfermería desde que se registra el paciente en OMII SURE | ≤19 min. | Gerencia 061/ PIN | 30 |
| 3.5_AG25_061 | SUAP | 3.5 Reconsultas en SUAP | Pacientes que consultan de nuevo a las 48h tras la primera atención en SUAP x 100/Pacientes atendidos en SUAP | ≤4% | Gerencia 061/ PIN | 10 |
| 3.6_AG25_061 | SUAP | 3.6 Resolución en SUAP | Pacientes atendidos en SUAP no derivados a urgencias hospitalarias x 100/Pacientes atendidos en SUAP | ≥90% | Gerencia 061/ PIN | 10 |

ANEXO 4

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 4: USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS | | | | | | Ponderación: 50/1000 |
|---|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Objetivo 1 Despliegue de programas corporativos del SMS | | | | | | Ponderación 50/50 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 4.1_AG25_061 | UME/SUAP | 4.1 Apertura de un depósito de medicamentos en la Gerencia del 061 | Apertura del depósito de medicamentos y productos sanitarios vinculado al Hospital Virgen de la Arrixaca, y suministro de medicación a los SUAP de todas las áreas y las UME, conforme a los pactos de medicación con la Unidad de Farmacia de la Gerencia | Informe | Servicio Gestión Farmacéutica. | 10 |
| 4.2_AG25_061 | SUAP | 4.2 Utilización del test Strep A | Pacientes atendidos en SUAP con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda a los que se les realiza el test Strep A x 100 / Pacientes atendidos en SUAP con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda | 2025: ≥50% 2025: ≥75% | Gerencia 061 | 10 |
| 4.3_AG25_061 | SUAP | 4.3 Uso de antibióticos en faringoamigdalitis no estreptocócica | Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica a los que se les prescribe antibióticos sistémicos x 100 / Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica en el último año | ≤15% | Gerencia 061 | 10 |
| 4.4_AG25_061 | SUAP | Tasa de antibióticos de amplio espectro / espectro reducido | Dosis Diarias Definidas de antibiótico de amplio espectro / Dosis Diarias Definidas de antibióticos de espectro reducido prescritos en SUAP | ≤4 | Servicio Gestión Farmacéutica. / PIN | 10 |
| 4.5_AG25_061 | SUAP | Antibióticos sistémicos. | Dosis Diarias Definidas x 1000 consultas y día (DPD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en SUAP. | ≤50 | Servicio Gestión Farmacéutica. / PIN | 10 |

ANEXO 5

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES Y LA ORGANIZACIÓN | | | | | | Ponderación : 110/1000 | |
|--|------------------------|---|--|-------------|--|------------------------|--|
| <u>Objetivo 1 Aumentar la cobertura de vacunación entre los profesionales sanitarios</u> | | | | | | Ponderación: 15/110 | |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual | |
| 5.1_AG25_061 | UME/SUAP | 2.5.9.6 Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios | Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la gripe x 100 / Profesionales sanitarios del centro | 2026: ≥ 60% | PIN | 10 | |
| 5.2_AG25_061 | UME/SUAP | 1.5 Cobertura de vacunación frente a la COVID 19 en profesionales sanitarios | Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la COVID 19 con la dosis estacional x 100 / Profesionales sanitarios del centro | 2026: ≥ 50% | PIN | 5 | |
| <u>Objetivo 2 Prevenir las agresiones a los profesionales</u> | | | | | | Ponderación: 35/110 | |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual | |
| 5.3_AG25_061 | Todos los dispositivos | 2.8.1 Registro y comunicación del incidente | Número de agresiones validadas en los 15 días posteriores a la declaración x 100/ Número de agresiones declaradas por el personal | ≥85% | Servicio de prevención de riesgo laborales | 10 | |
| 5.4_AG25_061 | Todos los dispositivos | 2.8.2 Actuaciones preventivas implantadas | Actuaciones preventivas propuestas que han sido implantadas x 100/ Actuaciones preventivas propuestas en las agresiones declaradas | ≥ 85% | Servicio de prevención de riesgo laborales | 15 | |
| 5.5_AG25_061 | Todos los dispositivos | 2.8.3 Formación continuada en prevención de agresiones | Personal del Área que ha participado en cursos o grupos terapéuticos de prevención de agresiones en el año x 100/Personal del Área | ≥ 10% | Servicio de prevención de riesgo laborales | 10 | |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES Y LA ORGANIZACIÓN | | | | | | Ponderación: 110/1000 |
|--|------------------------|---|--|---|----------------------------------|-----------------------|
| Objetivo 3 Formación y desarrollo profesional. Formación continuada | | | | | | Ponderación: 40/110 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 5.6_AG25_061 | Todos los dispositivos | 5.1.1 Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales | Profesionales del denominador que han recibido formación x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ residentes al final de año anterior, para cada uno de los grupos profesionales | ≥45% grupos A1,A2 y C1 ≥35% grupos C2 y E | Unidad de Desarrollo Profesional | 15 |
| 5.7_AG25_061 | Todos los dispositivos | 5.1.2 Profesionales sanitarios que han recibido formación en Soporte Vital | Profesionales sanitarios (titulados en medicina y enfermería) formados en Soporte Vital en los últimos 5 años (periodo 2021-2025 para la evaluación del año 2025 y periodo 2022-2026 para la evaluación de 2026) X 100 / Total de profesionales sanitarios (titulados en medicina y enfermería) en el periodo | ≥50% | Unidad de Desarrollo Profesional | 10 |
| 5.8_AG25_061 | Todos los dispositivos | Porcentaje de acciones formativas (ediciones) del Plan del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio | Acciones formativas (ediciones) del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP | ≥ 60% de actividades realizadas, de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP | Unidad de Desarrollo Profesional | 5 |
| 5.9_AG25_061 | Todos los dispositivos | Profesionales formados en prevención de riesgos laborales | Profesionales que han realizado la formación básica obligatoria para todos los profesionales en prevención de riesgos laborales x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ residentes al final de año anterior, para cada uno de los grupos profesionales | ≥75% de los profesionales | Unidad de Desarrollo Profesional | 10 |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES Y LA ORGANIZACIÓN | | | | | | Ponderación: 110/1000 |
|--|------------------------|--|---|---|-----------------------|-----------------------|
| Objetivo 4 Promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres del SMS | | | | | | Ponderación: 5/110 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 5.10_AG25_061 | Todos los dispositivos | Fomentar el conocimiento del canal de denuncia de situaciones de acoso sexual, acoso por razón de sexo establecido por el Área de Igualdad-SMS | Divulgación del canal de denuncia de situaciones de acoso sexual, acoso por razón de sexo establecido por el Área de Igualdad-SMS | Informe de la puesta en marcha y actualización regular en la intranet de la gerencia de área de un espacio para la información sobre el canal de denuncia de situaciones de acoso sexual, por sexo o discriminación | Gerencia 061 | 5 |
| Objetivo 5 Promover las Buenas Prácticas | | | | | | Ponderación: 15/110 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 5.11_AG25_061 | Todos los dispositivos | Certificación de Buenas Prácticas en el SMS | Elaboración de la memoria en formato estandarizado | 1 certificación al año | Gerencia 061 | 15 |

ANEXO 6

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 6: SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA | | | | | | Ponderación: 250/1000 |
|---|------------------------|--|---|-----------------------------|--|-----------------------|
| Objetivo 1 Cumplimiento de los presupuestos asignados | | | | | | Ponderación 235/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 6.1_AG25_061 | Todos los dispositivos | 6.1.1 Gasto en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual | Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado | ≤100% | Subdirección General de Asuntos Económicos | 140 |
| 6.2_AG25_061 | Todos los dispositivos | 6.1.2 Gasto en material sanitario | Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario | ≤100% | Subdirección General de Asuntos Económicos | 75 |
| 6.3_AG25_061 | Todos los dispositivos | 6.1.3 Recaudación en cobros a terceros | Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros | ≥80% | Subdirección General de Asuntos Económicos | 20 |
| Objetivo complementario | | | | | | |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 6.4_AG25_061 | | 6.4 Ahorro presupuestario | (Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria)) x 1000 / Presupuesto asignado total de la Gerencia | Inferior a lo presupuestado | Subdirección General de Asuntos Económicos | |

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 6: SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA | | | | | | Ponderación: 250/1000 |
|---|------------------------|--|---|--|--|-----------------------|
| Objetivo 2 Mejorar la eficacia de la contratación | | | | | | Ponderación 15/250 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 6.5_AG25_061 | Todos los dispositivos | A 001.1 Disminución del importe global de la contratación menor | Importe acumulado de contratos menores (pedidos) en el año evaluado - Importe acumulado de contratos menores (pedidos) en el año de referencia x 100 /Importe acumulado de contratos menores (pedidos) en el año de referencia. | 2025: Disminución $\geq 10\%$ del importe global de la contratación menor con respecto al 2023 corregido según resultados del 2024 2026: Disminución $\geq 5\%$ del importe global de la contratación menor con respecto al 2025, corregido según resultados del 2024 | Secretaría General Técnica. Servicio de Control Interno. | 8 |
| 6.6_AG25_061 | Todos los dispositivos | A 001.4 Mejora en el cumplimiento de la planificación de la contratación | Importe de los contratos con fecha de envío o inicio del expediente anterior o igual a la fecha prevista en plan x100/ importe total de los contratos del Plan de los apartados: 1.1 y 1.2 | $\geq 70\%$ de la planificación propuesta | Secretaría General Técnica. Servicio de Control Interno. | 7 |

ANEXO 7

| LÍNEA DE ACTUACIÓN 7: CUMPLIMIENTO DE LOS PACTOS DE GESTIÓN | | | | | | Ponderación 120/1000 |
|--|------------------------|--|---|------|-----------------------|----------------------|
| Objetivo 1: Conocer el grado de cumplimiento de los objetivos propios de los Pactos de Gestión | | | | | | Ponderación 120/120 |
| Código | Área de atención | Indicador | Fórmula | Meta | Aporta la información | Peso porcentual |
| 7.1_AG25_061 | Todos los dispositivos | 1.3a Porcentaje de objetivos propios evaluados. | Número de indicadores evaluados x 100 /Total de indicadores pactados | ≥90% | Gerencia 061 | 50 |
| 7.2_AG25_061 | Todos los dispositivos | 1.3b Porcentaje de objetivos propios alcanzados. | Número de indicadores que alcanza la meta pactada x 100 / Total de indicadores pactados y evaluados | ≥85% | Gerencia 061 | 70 |



Región de Murcia
Consejería de Salud



ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca



Acuerdo de
Gestión
2025-2026



Salud Mental
Región de Murcia