

Acuerdo de Gestión 2018



Gerencia del Área
de Salud II





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1. DESPLIEGUE DEL ACUERDO DE GESTIÓN A TODA EL ÁREA DE SALUD	13
ANEXO 2. MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	17
2.1 Calidad Percibida	19
2.2 Atención hospitalaria	23
2.2.0 Programas de Calidad del Servicio	23
2.2.1 Código Infarto	23
2.2.2 Atención al Parto	24
2.2.3 Impulsar la lactancia materna	24
2.2.4 Cáncer	25
2.2.5 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	26
2.2.6 Ictus isquémico	26
2.2.7 Cuidados hospitalarios	27
2.3 Cuidados paliativos	29
2.4 Indicadores de “No hacer”	29
2.5 Atención Primaria	30
2.5.1 Atención al niño	31
2.5.2. Atención al puerperio	32
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	32
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus	33
2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares	34
2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	35
2.5.7 Prevención y detección de problemas en las personas mayores	36
2.5.8 Atención grupal y comunitaria	36
2.5.9 Inmunizaciones programadas	37
2.5.10 Continuidad asistencial	38
2.6 Seguridad del paciente	38
2.6.1 Sistema de notificación de incidentes	38
2.6.2 Infección relacionada con la atención sanitaria	38
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico	39
2.6.4 Proyectos UCI Zero	41
2.6.5 Seguridad de los medicamentos	42
2.6.6 Seguridad en Radioterapia	42
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	45
3.1 Accesibilidad	47
3.2 Uso adecuado de los recursos	51
3.3 Incapacidad temporal	54
3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta	54

ANEXO 4. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS	55
4.1 Medicina Familiar y Comunitaria	57
4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica	57
4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos	57
4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	58
4.2 Pediatría en Atención Primaria	60
4.2.1 Calidad basada en la selección de medicamentos	60
4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos	60
4.3 Salud mental	61
4.4 Especialidades hospitalarias	61
4.4.1 Selección de medicamentos para la población del área de salud	61
4.4.2 Criterios de utilización de medicamentos en el SMS con receta	61
4.4.3 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital	62
4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud	62
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	65
5.1 Formación sanitaria especializada	67
5.2 Formación continuada	68
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	71
6.1 Presupuesto	73
6.2 Otros indicadores de sostenibilidad	74
ANEXO 7. HOSPITAL UNIVERSITARIO "SANTA MARÍA DEL ROSELL"	75

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

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

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

En el artículo 32 de esta Ley, “Dirección por objetivos”, se establece que los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y en la calidad de la asistencia. Asimismo determina que para la implantación de una dirección por objetivos y un control por resultados en los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

En este contexto, el Acuerdo de Gestión del Área de Salud es la herramienta que vincula la gestión de los recursos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización y que pretenden avanzar en:

- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- La mejora continua de la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios.
- Garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales.

Los principios que orientan las actuaciones del Servicio Murciano de Salud son:

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

OBJETIVOS

1

Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud.

La Gerencia del Área de Salud desplegará los objetivos del acuerdo de gestión a través de la firma de Pactos de gestión con los servicios/ unidades hospitalarias y equipos de atención primaria que incluirá la designación de referentes de calidad y seguridad (ANEXO 1).

2

Monitorizar la Calidad y Seguridad de la atención sanitaria.

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

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

3

Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.

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

4

Uso racional de los medicamentos.

El uso racional de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser seguro, eficaz y de una calidad contrastada (ANEXO 4).

5

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

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

6

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

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

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos.

El Acuerdo de Gestión de 2018 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2018
1	Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.	150
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	280
3	Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.	220
4	Uso racional 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:

Subpartados	Porcentaje	Puntuación
Personal **	22,5	45
Farmacia Hospitalaria	22,5	45
Material sanitario	22,5	45
Conciertos y autoconciertos	22,5	45
Receta farmacéutica	5	10
Facturación en convenios	2	4
Recaudación a terceros	3	6

**Personal: Gastos en sustituciones por incapacidad transitoria y sustituciones por permisos, sustituciones por vacaciones y gasto en personal eventual

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.

2. Seguimiento y Evaluación.

Se realizarán, al menos, dos evaluaciones para el seguimiento del cumplimiento del Acuerdo de Gestión, una a finales del primer cuatrimestre y otra al finalizar el tercer trimestre del ejercicio. Además de estas dos evaluaciones, se introducirán progresivamente herramientas que permitan aproximarse a un proceso de evaluación continua a lo largo del año.

REUNIDOS

De una parte, D. Asensio López Santiago, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra D. José Sedes Romero, Director Gerente del Área de Salud II.

ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2018, 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 2018 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 2018.

Tercera - Objetivos

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

1. Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
4. Uso racional de los medicamentos.
5. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
6. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

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

En Murcia, a 16 de febrero de 2018.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD II

D. Asensio López Santiago.

D. José Sedes Romero.

Acuerdo de Gestión 2018

INDICADORES





Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 1

Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud

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

REFERENTES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Se designa a las personas adscritas a los Servicio/Unidad/EAP como referentes en materia de Calidad y Seguridad, con la capacidad necesaria para cumplir con las siguientes funciones:

- Velar por la mejora de la Calidad Asistencial y la Seguridad de los pacientes en su Servicio/Unidad/EAP.
- Conocer y difundir los objetivos en Calidad y Seguridad que figuran en el Pacto de Gestión de su Servicio/Unidad/EAP.
- Colaborar con la Dirección, la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación para la consecución de los mismos.
- Servir de enlace entre la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación y su Servicio/Unidad/EAP.

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 2

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

2.1 Calidad Percibida.

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

2.1.1	Mejoras obtenidas en los indicadores seleccionados específicamente para cada Área	
Fórmula	Mejora relativa de los indicadores seleccionados	
Fuente	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de actividades realizadas debidamente documentadas - Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria 	
Meta	4 indicadores	
Indicadores seleccionados		Meta
Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en Urgencias del hospital x 100/ Valoraciones realizadas		90%
Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a la consulta de Consultas Externas x100 / Valoraciones Realizadas		90%
Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en consulta de Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas		90%
Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores de información en el Área Obstétrica x 100 / Valoraciones realizadas		90%
- 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 le dieron, antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debía de seguir su hijo en casa x 100 / Valoraciones realizadas		
- Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que le dieron, antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debía de seguir ella en casa x 100 / Valoraciones realizadas		

2.1.2	Satisfacción en Atención Primaria
Fórmula	Usuarios que califican con 8, 9 o 10 su satisfacción con el centro de salud x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
Meta	85%

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

2.1.4	Calidad científico-técnica del personal del área de administración en Atención Primaria
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
Meta	85%

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

2.1.6	Información en el Área de Hospitalización
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
Meta	86%

2.1.7	Organización en el Área de Hospitalización
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
Meta	80%

2.1.8	Satisfacción en el Área Quirúrgica
Fórmula	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos
Meta	90%

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

2.1.10	Satisfacción en el Área Obstétrica
Fórmula	Mujeres que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el hospital donde ingresaron para parir x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos
Meta	80%

2.1.11	Información en el Área Obstétrica
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos
Meta	75%

2.1.12	Organización en el Área Obstétrica
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos
Meta	78%

2.1.13	Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias
Fórmula	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	85%

2.1.14	Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalaria
Fórmula	Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en el Servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	75%

2.1.15	Información en el Área de Urgencias Hospitalaria
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	88%

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

2.1.17	Satisfacción en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con Consultas Externas del hospital x100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	75%

2.1.18	Accesibilidad en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	70%

2.1.19	Información en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con la información que le ha dado el médico en su última visita a las Consultas Externas del hospital, sobre su enfermedad, el tratamiento y/o los cuidados que debían seguir x 100/ Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	80%

2.1.20	Organización en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en la consulta x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	70%

2.2 Atención hospitalaria.

2.2.0 Programas de Calidad del Servicio.

2.2.0.1	Sistema de Gestión de Calidad
Fórmula	Informe sobre el sistema de gestión de calidad del Servicio que incluya, al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Alcance o campo de aplicación - Descripción del sistema de gestión - Política y objetivos de calidad - Documentación de los procesos - Medición y análisis - Resultados de 2017 - Medidas correctoras Aplica a los siguientes servicios: Laboratorios, Microbiología, Hematología, Banco de sangre, Anatomía Patológica, Farmacia, Diagnóstico por imagen, Radioterapia, Hospital de día Oncológico
Fuente	Gerencia
Meta	Presentación de Informe: 31 de mayo

2.2.1 Código Infarto.

2.2.1.1	Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde la puerta del hospital PCI (con capacidad de realizar angioplastia)
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta del hospital PCI hasta la angioplastia es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST con realización de angioplastia primaria
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 80%

2.2.1.2	Adecuación tiempo DIDO (tiempo transcurrido desde que un paciente llega a un hospital sin capacidad para realizar angioplastia hasta que sale del mismo con dirección a un hospital con capacidad para llevarla a cabo)
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCACEST y angioplastia primaria cuya permanencia en el hospital DIDO ha sido igual o inferior a 30 minutos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST y angioplastia primaria que han pasado por hospital DIDO
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 50%

2.2.1.3	Realización del electrocardiograma en pacientes con SCACEST
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo intervalo de tiempo entre la hora de llegada a la puerta de urgencias del hospital y la realización del electrocardiograma es de 10 minutos o menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 70%

2.2.1.4	Terapia fibrinolítica adecuada
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta de urgencias hasta la fibrinólisis es de 30 minutos ó menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST que han recibido terapia fibrinolítica
Fuente	CMBD, SELENE
Meta	≥ 60%

2.2.2 Atención al Parto.

2.2.2.1	Episiotomías en partos eutócicos
Fórmula	Mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía x 100 / Mujeres con parto eutócico
Fuente	SELENE
Meta	≤ 18%

2.2.2.2	Partos por cesáreas
Fórmula	Mujeres a las que se les ha practicado una cesárea x 100 / Mujeres con parto
Fuente	CMBD
Meta	≤ 22%

2.2.3 Impulsar la lactancia materna.

2.2.3.1	Tasa de lactancia materna exclusiva al alta
Fórmula	Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento
Fuente	SELENE
Meta	≥50%

2.2.3.2	Contacto precoz madre-recién nacido
Fórmula	Mujeres y recién nacidos que han tenido contacto piel con piel, durante al menos 50 minutos, tras el parto vaginal o cesárea x 100 / Mujeres gestantes de 37 a 41 semanas completas que han tenido un parto vaginal o se les ha practicado una cesárea
Fuente	SELENE
Meta	≥80%

2.2.3.3	Inicio temprano de la lactancia materna
Fórmula	Recién nacidos que son amamantados en la primera hora de vida x 100 / Recién nacidos en gestantes de 37 a 41 semanas completas
Fuente	SELENE
Meta	≥75%

2.2.4 Cáncer.

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

2.2.4.2	Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama
Fórmula	Pacientes cuyo intervalo de tiempo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento de cáncer de mama es igual o inferior a 28 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥80%

2.2.4.3	Confirmación diagnóstica en cáncer de mama
Fórmula	Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer de mama donde el intervalo de tiempo entre la fecha de entrada de la muestra, que consta en el informe, y la de confirmación diagnóstica (validación del informe) es igual o inferior a 4 días naturales x 100 / Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer de mama
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥80%

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

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

2.2.4.6	Confirmación diagnóstica en cáncer colorrectal
Fórmula	Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer colorrectal donde el intervalo de tiempo entre la fecha de entrada de la muestra, que consta en el informe, y la de confirmación diagnóstica (validación del informe) es igual o inferior a 4 días naturales x 100 / Informes de Anatomía Patológica de pacientes con cáncer colorrectal
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥80%

2.2.5 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

2.2.5.1	Reingresos en pacientes con EPOC
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años dados de alta por EPOC (o sospecha) que causan reingreso urgente por cualquier causa en los 30 días siguientes al alta x 100/ Pacientes mayores de 40 años dados de alta por EPOC (o sospecha)
Fuente	CMBD
Meta	≤20%

2.2.6 Ictus isquémico.

2.2.6.1	Reperusión en pacientes con Ictus
Fórmula	Pacientes dados de alta con Ictus cerebral isquémico que han sido reperfundidos x 100/ Pacientes dados de alta con Ictus cerebral isquémico
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥60%

2.2.6.2	Tiempo puerta-aguja en pacientes con Ictus isquémico
Fórmula	Pacientes dados de alta con Ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico en un tiempo inferior o igual a 60 minutos x 100 / Pacientes dados de alta con Ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥70%

2.2.7 Cuidados hospitalarios.

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

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

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

2.2.7.4	Ulceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados
Fórmula	Pacientes con registro en su historia clínica de al menos una UPP x 100 / Pacientes dados de alta
Fuente	SELENE
Meta	≤ 2%

2.2.7.5	Riesgo de desarrollar ulceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria
Fórmula	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
Fuente	SELENE
Meta	≤ 1%

2.2.7.6	Úlceras por presión en UCI (UPP)
Fórmula	Pacientes ingresados en UCI con UPP x 100 / Pacientes ingresados en UCI
Fuente	Historia clínica
Meta	≤ 8%

2.2.7.7	Valoración temprana del riesgo de Caídas
Fórmula	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 una unidad de hospitalización
Fuente	SELENE
Meta	≥ 80%

2.2.7.8	Flebitis en Hospitalización
Fórmula	Pacientes con catéter venoso periférico y el motivo de retirada es por flebitis x 100 / Pacientes con catéter venoso periférico
Fuente	SELENE
Meta	<8%

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

2.2.7.10	Informes de continuidad de cuidados al alta
Fórmula	Informe de continuidad de cuidados realizados al alta hospitalaria x 100 / Altas hospitalarias en un periodo determinado
Fuente	SELENE
Meta	≥ 60%

2.2.7.11	Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados
Fórmula	Número de actividades documentadas sobre mejora de la calidad en periodo de estudio
Fuente	Informe de actividades
Meta	≥ 3

2.3 Cuidados Paliativos.

2.3.1	Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos
Fórmula	Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos
Fuente	ESAD-ESAH
Meta	≥ 70%

2.3.2	Estancia hospitalaria desde fecha de inclusión en el Programa de Cuidados Paliativos
Fórmula	Sumatorio de días desde la inclusión del paciente en el Programa de Cuidados Paliativos hospitalarios en Selene hasta el día del alta hospitalaria x 100 / Altas hospitalarias de los pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos
Fuente	SELENE
Meta	≤14 días

2.3.3	Ingresos en el hospital de Pacientes en Programa de Cuidados Paliativos a domicilio
Fórmula	Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos a domicilio que ingresan en el hospital x 100 / Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos a domicilio
Fuente	OMI, SELENE y CMBD
Meta	≤ 25%

2.4 Indicadores de “No hacer”.

2.4.1	Prescripción de radiografía de tórax en pacientes de bajo riesgo anestésico
Fórmula	Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha prescrito radiografía de tórax x 100/Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II)
Fuente	SELENE
Meta	≤ 25 %

2.4.2	Sondaje vesical en pacientes con cirugía gastrointestinal
Fórmula	Pacientes con sondaje vesical de más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal x 100/Pacientes con cirugía gastrointestinal y sondaje vesical
Fuente	CMBD, SELENE
Meta	≤ 15 %

2.4.3	Cirugía de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años
Fórmula	Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera, con cirugía de cadera realizada con posterioridad a las 48 horas desde el ingreso x 100/Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera
Fuente	CMBD, SELENE
Meta	≤ 50 %

2.4.4	Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía
Fórmula	Pacientes intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida el segundo día tras la intervención x 100/ Pacientes intervenidos quirúrgicamente
Fuente	SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)
Meta	≤10%

2.4.5	Uso de fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson
Fórmula	Pacientes del denominador en los que se han prescrito medicamentos con antieméticos, antivertiginosos, procinéticos x 100 / Pacientes con Parkinson y/o prescripción de fármacos para Parkinson
Fuente	Subgrupos terapéuticos incluidos (Cinta de facturación del COF), OMI-AP (CIAP Parkinson)
Meta	≤ 5 %

2.4.6	Uso de paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática
Fórmula	Prescripciones de paracetamol 1g (envases) x 100/Prescripciones de paracetamol 650mg o de 1g (envases)
Fuente	Cinta de facturación del COF
Meta	≤ 25 %

2.5 Atención Primaria.

2.5.0	Indicadores seleccionados de Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP)
Fórmula	Sumatorio de la mejora relativa de los 9 indicadores seleccionados* x 100 / Indicadores seleccionados
Fuente	Cartera de servicios de AP
Meta	100%

*Ver tabla al final de este Anexo 2 (página 43)

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 CIVITAS
Fuente	OMI, CIVITAS
Meta	≥50%

2.5.1.2	Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida
Fórmula	Niños/as que han cumplido los 6 meses que son alimentados con lactancia materna x 100 / Niños/as de 6 meses
Fuente	OMI
Meta	≥ 20%

2.5.1.3	Detección precoz del sobrepeso/obesidad en la infancia
Fórmula	Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad x 100 / Niños/as de 2 a 14 años
Fuente	OMI
Meta	≥15%

2.5.1.4	Seguimiento del sobrepeso/obesidad en la infancia
Fórmula	Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad incluidos en el Programa de sobrepeso/ obesidad infantil en Atención Primaria x 100 / Niños/as de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad
Fuente	OMI
Meta	≥50%

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

2.5.1.6	Cobertura y revisión del Programa de Atención al Niño y Adolescente (PANA) a los 11 años
Fórmula	Niños/as con la revisión de salud realizada a los 11 años x 100/ Niños/as de 11 años de edad
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 60 %

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

2.5.2 Atención al puerperio.

2.5.2.1	Visitas puerperales en los 10 días siguientes al parto
Fórmula	Mujeres que tienen registro de parto en OMI a las que se realiza anamnesis y exploración en la visita puerperal en los 10 días siguientes al parto x 100 /Mujeres que tienen registro de parto en OMI
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

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

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

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

2.5.3.4	Prevalencia de tabaquismo en pacientes con EPOC
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC con registro de consumo de tabaco positivo en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC
Fuente	OMI
Meta	≤ 20%

2.5.3.5	Consejo de abandono del consumo de tabaco a fumadores con EPOC
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en algún momento en los últimos 12 meses y han recibido consejo para abandonar el consumo de tabaco en el último año x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en los últimos 12 meses
Fuente	OMI
Meta	≥60%

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

2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

2.5.4.1	Cribado factores de riesgo de Diabetes
Fórmula	Personas mayores de 45 años que se les ha realizado el test de Findrisk x 100/ Personas mayores de 45 años
Fuente	OMI
Meta	≥ 10%

2.5.4.2	Determinación de hemoglobina glicosilada
Fórmula	Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen una determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus
Fuente	OMI
Meta	≥ 75%

2.5.4.3	Determinaciones de con hemoglobina glicosilada con valor menor o igual a 7%
Fórmula	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados de Diabetes Mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada, en los últimos 12 meses, muestra valores igual o inferiores al 7% x 100 / Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados de Diabetes Mellitus
Fuente	OMI
Meta	≥70%

2.5.4.4	Planes de Cuidados a pacientes diabéticos
Fórmula	Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus con inicio o seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus
Fuente	OMI
Meta	≥35%

2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

2.5.5.1	Cribado de hábito tabáquico
Fórmula	Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica del hábito tabáquico en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 14 años
Fuente	OMI
Meta	≥30%

2.5.5.2	Consejo antitabaco a personas fumadoras
Fórmula	Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica de tabaquismo a los que se le ha ofrecido consejo antitabaco en los últimos 24 meses x 100 / Personas fumadoras mayores de 14 años
Fuente	OMI
Meta	≥40%

2.5.5.3	Control adecuado de Tensión Arterial en pacientes hipertensos
Fórmula	Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA con valores en el último control de TA diastólica <90 y TA sistólica <140, en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticadas de HTA
Fuente	OMI
Meta	≥40%

2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

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

2.5.6.2	Valoración Inicial en pacientes inmovilizados
Fórmula	Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28), en los últimos 12 meses, con valoración inicial realizada en los tres primeros meses posteriores a la inclusión en el servicio x 100 / Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) en los últimos 12 meses
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 15%

2.5.6.3	Valoración de la sobrecarga del cuidador de pacientes inmovilizados
Fórmula	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) y con valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora principal mediante el “test de Zarit” x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 20 %

2.5.6.4	Valoración de la situación socio familiar del paciente inmovilizado
Fórmula	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) y con valoración de la situación socio familiar mediante “test de Gijón” x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 60 %

2.5.6.5	Valoración funcional del paciente inmovilizado
Fórmula	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) y con valoración del Índice de Katz x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fuente	OMI-AP
Meta	≥60%

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

2.5.6.7	Planes de Cuidados a pacientes inmovilizados
Fórmula	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 65%

2.5.7 Prevención y detección de problemas en las personas mayores.

2.5.7.1	Detección de personas mayores en riesgo
Fórmula	Personas mayores de 65 años con registro en su historia clínica de la valoración del "Test de Barber" en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 65 años
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 15%

2.5.8 Atención grupal y comunitaria.

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

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

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

2.5.9 Inmunizaciones programadas.

2.5.9.1	Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica
Fórmula	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.
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
Meta	≥ 95%

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

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

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

2.5.10 Continuidad asistencial.

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

2.5.10.2	Acceso historia clínica de pacientes dados de alta hospitalaria por médicos de Atención Primaria
Fórmula	Acceso a la Historia Clínica del paciente por el médico de Atención Primaria antes de 72 horas tras el alta hospitalaria x 100 / Pacientes dados de alta hospitalaria
Fuente	OMI-AP
Meta	≥ 60 %

2.6 Seguridad del paciente.

2.6.1 Sistema de notificación de incidentes.

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

2.6.2 Infección relacionada con la atención sanitaria.

2.6.2.1	Programa de IRAS del Área
Fórmula	Adaptación al Área de Salud del Programa corporativo de IRAS que comprende: <ul style="list-style-type: none"> • Creación de la Comisión de Área • Vigilancia y control de IRAS • Seguridad del paciente quirúrgico • Proyectos UCI Zero • Programas de Optimización de usos de antimicrobianos (PROA) • Entorno del paciente • Sistemas de información
Fuente	Gerencia
Meta	Informe

2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

2.6.3.1	Despliegue e implementación del proyecto de Seguridad del paciente quirúrgico
Fórmula	<p>1. Puesta en marcha de un grupo de trabajo en el Área de salud para la Implementación de las recomendaciones del proyecto de Seguridad del paciente quirúrgico en las siguientes líneas de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clima de seguridad • Higiene de manos • Preparación del paciente quirúrgico • Listado de verificación quirúrgica • Adecuación de la profilaxis tromboembólica • Profilaxis antibiótica • Medicación anestésica <p>2. Medidas correctoras implantadas</p>
Fuente	Gerencia
Meta	Informe

2.6.3.2	Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención
Fórmula	Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención x 100 / Camas de hospitalización
Fuente	Gerencia
Meta	≥95%

2.6.3.3	Camas de UCI con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención
Fórmula	Camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con PBA en el punto de atención x 100 / Camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales
Fuente	Gerencia
Meta	≥95%

2.6.3.4	Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en hospitalización
Fórmula	Litros entregados en las unidades o plantas de hospitalización x 1000 / Estancias en el periodo evaluado
Fuente	Gerencia
Meta	Medición cuantificada por las Áreas

2.6.3.5	Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en centros de Atención Primaria
Fórmula	Litros de PBA entregados en el centro de salud x 1.000 / Consultas en el centro de salud y en domicilio en el período evaluado
Fuente	Gerencia
Meta	Medición cuantificada por las Áreas

2.6.3.6	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal
Fórmula	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
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 85%

2.6.3.7	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera
Fórmula	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
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 80%

2.6.3.8	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal
Fórmula	Número de ILQ detectadas en los procedimientos de cirugía colorrectal en el período de estudio x 100/ Intervenciones de cirugía colorrectal en ese periodo de estudio
Fuente	SELENE
Meta	≤ 20%

2.6.3.9	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)
Fórmula	ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de HPRO en ese periodo de estudio
Fuente	SELENE
Meta	≤ 3%

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

2.6.3.11	Dehiscencia de herida postoperatoria en cirugía abdomino-pélvica
Fórmula	Pacientes intervenidos mediante cirugía abdomino-pélvica con ingreso en los que se produce una dehiscencia de la herida postoperatoria x 100 / Pacientes intervenidos mediante cirugía abdomino-pélvica con ingreso
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

2.6.4 Proyectos UCI Zero.

2.6.4.1	Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI
Fórmula	Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central nuevas detectadas en un periodo determinado de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
Fuente	Historia clínica
Meta	≤ 3%

2.6.4.2	Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV)
Fórmula	NAV nuevas detectadas en un período de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de ventilación mecánica en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo.
Fuente	Historia clínica
Meta	≤ 7%

2.6.4.3	Pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI
Fórmula	Pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas a partir de 48 horas de ingreso (o 48 h siguientes al alta de UCI) x100 / Pacientes ingresados en UCI.
Fuente	Historia clínica
Meta	≤ 5%

2.6.4.4	Rondas de seguridad
Fórmula	Se realizará rondas de seguridad en las que participe la Dirección del Área de acuerdo al protocolo corporativo
Fuente	Gerencia
Meta	3

2.6.4.5	Clima de seguridad
Fórmula	Participación en la aplicación del cuestionario de Seguridad (versión española) del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research on Quality-AHRQ).
Fuente	Gerencia
Meta	Informe

2.6.4.6	Normalización de los procedimientos de Enfermería relacionados con los Proyectos Zero
Fórmula	Revisión, análisis y normalización de los procedimientos de Enfermería relacionados con los proyectos Zero
Fuente	Gerencia
Meta	Informe

2.6.5 Seguridad de los medicamentos.

2.6.5.1	Autoevaluación ISMP
Fórmula	Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación
Fuente	Gerencia
Meta	Informe de actividades realizadas debidamente documentado

2.6.6 Seguridad en Radioterapia.

2.6.6.1	Matrices de riesgo
Fórmula	Implementación del Proyecto Matrices de riesgo en Radioterapia
Fuente	Gerencia
Meta	Informe

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Meta
3.2.1a Pacientes atendidos a domicilio por enfermero/día	≥ 1,8
5.1.3 Revisiones periódicas en niños de 14 años	≥ 90%
9.1.1. Gestantes que asisten al menos a una sesión de educación maternal	≥ 50%
17.1.1 Mayores de 14 años con diagnóstico de hipertensión arterial	≥ 20%
20.1.1 Mayores de 14 años con diagnóstico de obesidad	≥ 13%
24.2.1 Fumadores con oferta de ayuda	≥ 15%
25.2.3 Bebedores con consejo de abandono de consumo	≥ 50%
31.1.1. Centros docentes participantes en plan de educación	Informe
35.1.1 Niños incluidos en el servicio de prevención de salud bucodental	≥ 30%

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

3.1 Accesibilidad.

3.1.1	Pacientes quirúrgicos con espera mayor de 365 días
Fórmula	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera estructural y no estructural es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión
Fuente	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
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
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	85 días a final de año (acuerdo de pactos trimestrales)

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	≤15%

3.1.5	Pacientes en lista de espera quirúrgica estructural que esperan más de 180 días
Fórmula	Pacientes en lista de espera quirúrgica, cuya espera estructural es mayor de 180 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica
Fuente	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
Meta	≤10%

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

3.1.7	Tiempo medio de espera estructural en servicios hospitalarios
Fórmula	Sumatorio (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro)/ Pacientes en el registro Desagregación: - Consulta externa - Pruebas complementarias
Fuente	SELENE-PIN
Meta	Según límites desagregados para pacientes en espera

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

3.1.9	Inasistencias en primeras consultas hospitalarias
Fórmula	Pacientes citados para una primera consulta que no asisten a la fecha de cita x100/ Pacientes citados para primera consulta
Fuente	SELENE-PIN
Meta	≤6%

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

3.1.11	Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias
Fórmula	Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias de atención hospitalaria x 100/ Pacientes en espera para cita en pruebas complementarias
Fuente	SELENE -PIN
Meta	≤ 60%

3.1.12	Inasistencias a la cita de pruebas complementarias
Fórmula	Pacientes citados para realización de pruebas complementarias que no asisten a la fecha de cita x 100 / Pacientes citados para pruebas complementarias
Fuente	SELENE-PIN
Meta	<6%

3.1.13	Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias
Fórmula	Tiempo en minutos que ocupa la posición central en el conjunto ordenado de los tiempos puerta-triaje en urgencias hospitalarias
Fuente	SELENE-PIN
Meta	≤ 10 minutos

3.1.14	Demora mayor de 48h en agenda de médicos de familia
Fórmula	Días en que la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria)
Fuente	OMI
Meta	≤ 5% de los días en el periodo de estudio

3.1.15	Demora mayor de 48h en agenda de pediatras
Fórmula	Días en que la agenda de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria)
Fuente	OMI
Meta	≤ 1% de los días en el periodo de estudio

3.1.16	Espera para acceder a la consulta del médico de familia en patología no urgente
Fórmula	Pacientes atendidos con patología no urgentes que esperan para acceder a la consulta del médico de familia con respecto a la hora de cita x 100 / Pacientes con patología no urgente atendidos en las consultas del médico de familia en el periodo evaluado Desagregado: - Pacientes que esperan menos de 15 minutos - Pacientes que esperan más de 30 minutos
Fuente	OMI
Meta	Esperan menos de 15 minutos > 60% Esperan más de 30 minutos < 20%

3.1.17	Espera para acceder a la consulta del pediatra en patología no urgente
Fórmula	Pacientes atendidos no urgentes que esperan para acceder a la consulta del pediatra con respecto a la hora de cita x 100 / Pacientes atendidos con patología no urgente atendidos en las consultas del pediatra en el periodo evaluado Desagregado: - Pacientes que esperan menos de 15 minutos - Pacientes que esperan más de 30 minutos
Fuente	OMI
Meta	Esperan menos de 15 minutos > 65 Esperan más de 30 minutos < 10%

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

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

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

3.1.21	Gestión de la derivación a Consultas Externas Hospitalarias desde Atención Primaria
Fórmula	Interconsultas presenciales solicitadas por los médicos de familia y pediatras a consultas externas hospitalarias y centros de especialidades / Pacientes atendidos en Atención Primaria
Fuente	OMI/SELENE
Meta	Informe

3.1.22	Gestión de solicitudes de pruebas complementarias desde Atención Primaria
Fórmula	Pruebas complementarias solicitadas por los médicos de familia y pediatras en el último año/Pacientes atendidos Atención Primaria
Fuente	OMI/SELENE
Meta	Informe

3.2 Uso adecuado de los recursos.

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

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

3.2.3	Adecuación de la estancia preoperatoria
Fórmula	Pacientes intervenidos el mismo día o al día siguiente del ingreso x 100 / Pacientes ingresados para cirugía programada
Fuente	SELENE
Meta	≤ 10%

3.2.4	Reingresos urgentes
Fórmula	Pacientes dados de Alta a domicilio con reingresos urgentes por cualquier causa en los 30 días siguientes al episodio índice x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

3.2.5	Reingresos en cirugía
Fórmula	Pacientes del denominador con reingreso urgente por cualquier causa en los 30 días siguientes al alta x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio por una cirugía con ingreso
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

3.2.6	Reintervenciones en cirugía programada
Fórmula	Pacientes del denominador que son reintervenidos de forma urgente en los 30 días siguientes a la intervención previa x 100 / Pacientes intervenidos mediante cirugía programada con ingreso
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

3.2.7	Ingreso tras cirugía mayor ambulatoria (CMA)
Fórmula	Pacientes intervenidos mediante CMA programada que son reintervenidos de forma urgente en los 30 días siguientes a la intervención previa x 100 / Pacientes intervenidos mediante CMA programa
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

3.2.8	Readmisiones en urgencias
Fórmula	Pacientes del denominador que son readmitidos urgentes por cualquier causa en los 72 horas siguientes al episodio índice x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio en urgencias
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

3.2.9	Readmisiones en urgencias con ingreso
Fórmula	Pacientes del denominador readmitidos urgentes por cualquier causa en los 72 horas siguientes al episodio índice con ingreso x 100 / Pacientes dados de Alta a domicilio en urgencias
Fuente	CMBD
Meta	Menor o igual a la media del SMS

3.2.10	Circuito del alta hospitalaria
Fórmula	Pacientes con informe de alta hospitalaria emitido antes de las 12 horas x 100/ Pacientes dados de alta en hospitalización en el día
Fuente	SELENE
Meta	≥60%

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

3.2.12	Índice estancia media ajustada por funcionamiento (IEMA)
Fórmula	Estancia media bruta del servicio/ Estancia media ajustada por funcionamiento del estándar
Fuente	CMBD
Meta	≤1

3.2.13	Uso de historia clínica electrónica en consultas externas
Fórmula	Consultas médicas con algún registro (notas, formularios o informes) cumplimentado en Selene x 100 / Consultas médicas
Fuente	SELENE
Meta	Incremento de 20% o más

3.3 Incapacidad Temporal.

3.3.1	Control de la Incapacidad Temporal (IT)
Fórmula	Propuestas de altas médicas respondidas en plazo x 100/Propuestas de altas médicas
Fuente	OMI
Meta	≥75%

3.3.2	Prevalencia de la incapacidad temporal (IT)
Fórmula	Pacientes en situación de IT x 100/ Población activa
Fuente	ITESAN
Meta	<3,85%

3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.

3.4.1	Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)
Fórmula	Puntualidad 1: disponibilidad de la información del año en curso: Se realizará una actualización de la información de los CMBD en la aplicación informática (codificada o no), como mínimo, en la primera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero
	Puntualidad 2: la codificación de los CMBD, correspondientes a 2017, se cerrará antes del 1 de julio de 2018
	Calidad 1: en el CMBD anual la suma de episodios no remitidos, con diagnóstico o procedimiento no codificados o con diagnóstico principal inexistente será <5% de las altas, en términos de SIAE o ESCRI para el CMBD-AH y CMA
	Calidad 2: Complimentación válida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: Disponibilidad de información para la codificación: En el CMBD de Urgencias la suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica será inferior al 5%
Fuente	CMBD
Meta	100%
Ponderación	puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + calidad 1 x 80% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5%
Periodicidad	Trimestral y anual
Desglose	Gerencias de los hospitales

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 4

Uso Racional de los Medicamentos

4.1 Medicina Familiar y Comunitaria.

4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.

4.1.1.1 Importe por paciente ajustado por morbilidad y complejidad	
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	≤ 0

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	≤ 100

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

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

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

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

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

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

4.1.2.8 Bifosfonatos versus Denosumab en mujeres	
Fórmula	Mujeres en tratamiento con Bifosfonatos x 100/Mujeres en tratamiento con Bifosfonatos o Denosumab
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 65%

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	≤ 20

4.1.3.2 Inhibidores de la bomba de protones	
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de inhibidores de la bomba de protones (A02BC)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 110

4.1.3.3 Antiinflamatorios no esteroides (AINE)	
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de AINE (M01A)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 50

4.1.3.4 Benzodiazepinas (ansiolíticos)	
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de benzodiazepinas (N05BA)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 60

4.1.3.5 SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)	
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de SYSADOA (Glucosamina, Diacereina, Condroitin sulfato y asociaciones)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 10

4.1.3.6 Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)	
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 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

4.1.3.7 Pacientes con Fentanilo transmucoso en indicaciones no oncológicas	
Fórmula	Pacientes tratados con fentanilo transmucoso que no tienen identificado en la historia clínica electrónica un proceso oncológico en el periodo x 100 / Pacientes tratados
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 50%

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

4.2 Pediatría de Atención Primaria.

4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos.

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

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

4.2.1.3	Antagonistas receptores leucotrienos (antiasmáticos)
Fórmula	DDD de antagonistas de receptores de leucotrienos prescritos en Pediatría x 100 / DDD de antiasmáticos prescritos en Pediatría
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 12%

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

4.2.2.1	Antibióticos sistémicos en menores de 3 años
Fórmula	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
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 20

4.3 Salud Mental.

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

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

4.4 Especialidades hospitalarias.

4.4.1 Selección de medicamentos para la población del área de salud.

4.4.1.1	Anticoagulantes antagonistas de la vitamina K (AVK) en el Área
Fórmula	DDD de acenocumarol y warfarina prescritos en el área x 100 /DDD anticoagulantes orales
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 68%

4.4.2 Criterios de utilización de medicamentos en el SMS con receta.

4.4.2.1	Volumen de exposición de la población a medicamentos	Meta
4.4.2.1.1	Porcentaje de pacientes con Fentanilo transmucoso en indicaciones no oncológicas según registro en la historia clínica electrónica	≤ 50%
4.4.2.1.2	Porcentaje de pacientes con 4 envases o más de Fentanilo transmucoso/mes	≤ 10%

4.4.3 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital.

4.4.3.1	Desviación en el coste/paciente en patologías de alto impacto
Fórmula	(Coste por paciente Hospital – Coste por paciente promedio SMS) / Desviación Estándar En: VIH, ARTRITIS REUMATOIDE, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CROHN, PSORIASIS, MIELOMA MÚLTIPLE, ASMA MEDIADA POR IgE Y URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 1 SD

4.4.3.2	Estudios de variabilidad en el uso de medicamentos
Fórmula	Patologías de las incluidas en el SIAE de Farmacia Hospitalaria, sobre las que se realiza el análisis y actuaciones para evitar la variabilidad en el uso de medicamentos
Fuente	Documento facilitado por la Gerencia
Meta	2 estudios

4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

4.5.1	Receta Electrónica
Fórmula	Recetas facturadas prescritas en receta electrónica x 100 / Recetas facturadas
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 75%

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

4.5.3	Apertura y funcionamiento de depósitos de medicamentos y productos sanitarios en centros de asistencia social del IMAS
Fórmula	Depósitos que han iniciado su funcionamiento x 100/ Centros de asistencia social del IMAS en el Área de Salud Los centros del IMAS dependientes del HPRA iniciarán suministro de antipsicóticos depot, los depósitos se vincularán al nuevo SFH cuando esté finalizado
Fuente	Comunicación por la Gerencia a la DGAS de la fecha de inicio de funcionamiento del depósito
Meta	100%

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

4.5.5	Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria
Fórmula	Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones 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	≥ 50%

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	100%

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

4.5.8	Plan de trabajo de la CAF-Área basado en la gestión de proyectos
Fórmula	Disponibilidad del Plan de Trabajo en el periodo
Fuente	La documentación para la elaboración del Plan de Trabajo se entregó a las CAF-Área La Gerencia entregará el documento elaborado a la DGAS Se recomienda el uso de la guía PMBOK (Project Management Body of Knowledge) de gestión de proyectos
Meta	Disponibilidad del Plan de Trabajo CAF primer trimestre 2018

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 5

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

5.1. Formación sanitaria especializada.

5.1.1	Requisito acreditación Unidades docentes: trabajo en equipo
Fórmula	Sesiones clínicas conjuntas en dispositivos docentes de Unidades Docentes Multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios)/ Año
Fuente	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	4 sesiones clínicas conjuntas/año

5.1.2	Requisito acreditación Unidades docentes hospitales/dispositivos docentes: publicaciones
Fórmula	Publicaciones de las Unidades docentes/dispositivos docentes acreditados en las que participa el/los residentes/año
Fuente	Unidades docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	1 publicación/año o 2 comunicaciones/año

5.1.3	Entrevistas tutor/residentes
Fórmula	Tutores con residente asignado que realizan entrevistas periódicas al año con informe / Tutores con residente asignado
Fuente	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	4 entrevistas periódicas/ residente asignado

5.1.4	Tareas/objetivos de las rotaciones del residente
Fórmula	Horas de rotaciones con tareas u objetivos de aprendizaje definidos x 100/Rotaciones establecidas o aprobadas en la Guía de itinerario formativo (GUIF)
Fuente	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100%

5.1.5	Actualización Registro Tutores
Fórmula	Tutores nombrados (con residente asignado) enviados a Registro x 100/ Tutores nombrados (con residente asignado)
Fuente	Unidades Docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de los tutores nombrados (con residente asignado)

5.2. Formación continuada.

5.2.1	Porcentaje de cumplimiento de las acciones formativas del plan aprobado por Desarrollo Profesional
Fórmula	Acciones formativas del Plan de INAP realizadas (ediciones) x 100/Acciones formativas del Plan de INAP (ediciones) aprobadas por Desarrollo Profesional
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥ 80% de acciones (ediciones) ejecutadas

5.2.2	Porcentaje de acciones formativas del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio
Fórmula	Acciones formativas del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	65% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP

5.2.3	Componente cualitativo
Fórmula	Desviación del valor del componente cualitativo del organo acreditador de FC de la Región de Murcia de la Gerencia respecto al valor de partida
Fuente	Órgano acreditador de la Región de Murcia
Meta	1,80

5.2.4	Horas de formación por empleado
Fórmula	Horas de formación realizadas por la Gerencia / Profesionales fijos+ interinos + eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	0,25

5.2.5	Formación por grupos profesionales en profesionales diferentes
Fórmula	Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior (Para cada uno de los grupos: A1, A2, C1,C2, E)
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	≥45%

5.2.6	Acreditación para realizar radiología intervencionista (nivel I y 2)
Fórmula	Especialistas médicos acreditados que realizan radiología intervencionista x 100 / Profesionales que practican radiología intervencionista
Fuente	Registro de altas y bajas de médicos especialistas que lleven a cabo procedimientos de radiología intervencionista en instituciones sanitarias del ámbito público o privado Aplicativo SIAFOC
Meta	100 % de los profesionales acreditados

5.2.7	Pertinencia de la Formación Continuada
Fórmula	Actividades estratégicas (ediciones) realizadas x 100/Actividades estratégicas (ediciones) propuestas
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	100% de las actividades propuestas

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 6

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

6.1 Presupuesto.

6.1.1	Gasto en sustituciones y gasto en personal eventual
Fórmula	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado:19.281.318,00€

6.1.2	Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios
Fórmula	Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos hospitalarios x 100 / Presupuesto asignado en gasto de productos farmacéuticos hospitalarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 37.850.775,23 €

6.1.3	Gasto en material sanitario
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 31.123.129,46€

6.1.4	Gasto en conciertos y autoconcierto
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 16.522.405,78€

6.1.5	Gasto en receta farmacéutica
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 67.419.769,37€

6.1.6	Facturación en convenios comunitarios
Fórmula	Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Facturación FISS
Meta	≥ 95% Objetivo asignado: 3.743.425,38 €

6.1.7	Recaudación en cobros a terceros
Fórmula	Objetivo ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Objetivo asignado en recaudación en cobros a terceros
Fuente	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
Meta	≥ 95% Objetivo asignado: 3.154.464,13 €

6.2 Otros indicadores de sostenibilidad.

6.2.1	Ahorro presupuestario
Fórmula	(Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria de aquellas partidas en las que el gasto ejecutado ha sido inferior al presupuestado)) x 1000 / Presupuesto asignado total del área
Fuente	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
Meta	Inferior a lo presupuestado

6.2.2	Gasto medio por prótesis implantada de traumatología
Fórmula	Diferencia entre los años 2017 y 2018 en gasto medio por prótesis implantada. Desagregado para prótesis de cadera, rodilla y hombro
Fuente	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Precio medio más bajo obtenido por las Áreas de Salud en 2017

6.2.3	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) implantados
Fórmula	Diferencia entre los años 2017 y 2018 en gasto medio por paciente (historia clínica) en marcapasos y desfibriladores automáticos implantables Desagregado por marcapasos y DAI
Fuente	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Precio medio más bajo obtenido por las Áreas de Salud en 2017

6.2.4	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria
Fórmula	Tratamientos de dispensación ambulatoria valorados con precio medio inferior al precio medio del SMS x 100 / Tratamientos de dispensación ambulatoria valorados
Fuente	Información extraída de PIN
Meta	≥60%

Acuerdo de Gestión 2018

Anexo 7

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
SANTA MARÍA DEL ROSELL**

El Hospital Universitario Santa María del Rosell (HUSMR) junto con el Hospital Universitario de Santa Lucía forma el Complejo Hospitalario de Cartagena y dan asistencia sanitaria a la población del Área II de Salud.

El HUSMR comparte todos los objetivos del Acuerdo de Gestión del Área II.

Desde la Publicación en el BORM de 26 de Enero, tiene un equipo directivo propio, formado por:

- D. José Carlos López Lacoma, Director Gerente.
- D. Alfonso Muñoz Ureña, Director Médico.
- D. José Miguel Yagüe, Director de Enfermería.

El Hospital General Universitario Santa María del Rosell durante el año 2018 además de todos los objetivos comunes del Acuerdo de Gestión de Área, tiene unos objetivos propios para potenciar su desarrollo. Planificará su inicio de implantación por fases de las siguientes líneas estratégicas.

- Reordenación de espacios asistenciales.
- Planificación y desarrollo quirúrgico.
- Planificación y desarrollo de hospitalización en dos líneas:
 - Unidad de Paciente Crónico Complejo.
 - Unidad de Daño Cerebral Adquirido.
- Consolidación en la atención al paciente en Unidad de Cuidados Paliativos, en Hospitalización a Domicilio y Equipo de Soporte de Atención a Domicilio.
- Implantación de la Unidad de Medicina Preventiva.
- Proceso Centro Integral de Alta Resolución.



Región de Murcia
Consejería de Salud



Acuerdo de
Gestión
2018