

ACUERDO DE GESTIÓN

Gerencia del Área de Salud III



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

2016

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ANTECEDENTES | 5 |
| OBJETIVOS..... | 6 |
| EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO | 10 |
| ESTIPULACIONES | 13 |
| INDICADORES | 15 |
| ANEXO 1. MONITORIZAR Y MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN SANITARIA..... | 18 |
| 1.1 Encuestas Calidad Percibida | 18 |
| Acciones documentadas sobre mejora de la calidad | 18 |
| Satisfacción en Atención Primaria..... | 18 |
| Satisfacción en el Área Médica | 19 |
| Satisfacción en el Área Quirúrgica | 20 |
| Satisfacción en el Área Obstétrica | 20 |
| Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias | 21 |
| Satisfacción en el Área de Consultas Externas..... | 22 |
| 1.2 Procesos Asistenciales..... | 23 |
| 1.2.1 Síndrome coronario agudo (SCA) | 23 |
| 1.2.2 Parto y lactancia | 23 |
| 1.2.3 Cáncer | 24 |
| 1.2.4 EPOC..... | 25 |
| 1.2.5 Diabetes | 27 |
| 1.2.6 Ictus isquémico..... | 27 |
| 1.2.7 Factores de riesgo cardiovascular..... | 28 |
| 1.2.8 Enfermedad tromboembólica | 28 |
| 1.2.9 Salud mental..... | 29 |
| 1.2.10 Cuidados Paliativos a domicilio | 30 |
| 1.3 Calidad de los Cuidados | 32 |
| 1.3.1 Cuidados hospitalarios | 32 |
| 1.3.2 Cuidados en pacientes inmovilizados en domicilio..... | 33 |
| 1.3.3 Cuidados en personas mayores | 35 |
| ANEXO 2 SEGURIDAD DEL PACIENTE..... | 38 |
| 2.2 Mejorar la Cultura de Seguridad del paciente en la organización..... | 38 |
| 2.3 Desarrollar los objetivos del Plan Regional para la Mejora de la Seguridad del paciente | 39 |
| ANEXO 3 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y DE LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS | 42 |
| 3.1 Accesibilidad | 42 |
| 3.2 Actividad | 44 |
| ANEXO 4 USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS..... | 48 |
| 4.1 Conciliación terapéutica | 48 |
| 4.2 Variabilidad en el uso de medicamentos..... | 48 |
| 4.3 Monitorización y mejora de indicadores de URM | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3.1 Prescripción de antibióticos | 48 |
| 4.3.2 Prescripción de calidad en fármacos específicos | 49 |
| ANEXO 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES | 52 |
| 5.1. Formación sanitaria especializada | 52 |
| 5.2. Formación continuada | 53 |
| ANEXO 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA | 56 |
| 6.1 Sustituciones por incapacidad transitoria y sustituciones por permisos, sustituciones por vacaciones y gasto en personal eventual | 56 |
| 6.2 Productos farmacéuticos (incluidos hemoderivados y sin incluir el gasto en medicamentos para el tratamiento contra la hepatitis C) | 56 |
| 6.3 Material sanitario | 56 |
| 6.4 Conciertos | 56 |
| 6.5 Receta farmacéutica | 56 |
| 6.6 Convenios comunitarios | 56 |
| 6.7 Recaudación en cobros a terceros | 56 |

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 SMS diseñó el Acuerdo de Gestión 2013 – 2015 como un convenio de carácter especial entre el propio Servicio Murciano de Salud y sus Centros Sanitarios. Los dos referentes para el diseño y la elaboración de este Acuerdo fueron la Estrategia 2015 de Mejora Asistencial de la Región de Murcia y el cuarto Plan de Salud de la Región de Murcia 2010 – 2015. Al haber finalizado el período de vigencia de ambas referencias, durante el ejercicio 2016 se va a proceder a evaluar y diseñar el Plan de Salud y la Estrategia del Servicio Murciano de Salud para el período que comienza en 2017. Una vez que se haya definido este marco estratégico se procederá a elaborar el Acuerdo de Gestión que permita llevar adelante las tareas que correspondan al Servicio Murciano de Salud para la ejecución de los objetivos y líneas estratégicas marcadas.

Por todo ello, para el ejercicio 2016 los objetivos del Acuerdo de Gestión se han simplificado en aquellos aspectos que van a ser objeto de revisión, y ponen el énfasis en la sostenibilidad del sistema, la garantía de accesibilidad a los servicios y la mejora continua de los resultados de la atención sanitaria a través de la monitorización de la efectividad y la calidad percibida de la atención sanitaria.

OBJETIVOS

| | |
|----------|---|
| 1 | Monitorizar y mejorar la efectividad y la calidad percibida 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.

| Contenido | | 2016 | | |
|------------|--------------------------------|------|---|-------|
| | | 1 | 2 | Anexo |
| 1.1 | Encuestas de calidad percibida | | X | 1.1 |
| 1.2 | Procesos asistenciales | | X | 1.2 |
| 1.3 | Calidad de los cuidados | X | X | 1.3 |

2 Seguridad del paciente.

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.

| Contenido | | 2016 | | Anexo |
|-----------|--|------|---|---------|
| | | 1 | 2 | |
| 2.1 | Autoevaluación (ISMP) y acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento | | | Informe |
| 2.2 | Mejorar la cultura de seguridad del paciente | | X | 2 |
| 2.3 | Plan Regional para la Mejora de la Seguridad del Paciente | | X | |

3 Evaluación de la accesibilidad y de la actividad de los servicios.

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.

| Contenido | | 2016 | | Anexo |
|-----------|--|------|---|-------|
| | | 1 | 2 | |
| 3 | Evaluar la accesibilidad y la actividad de los servicios | X | X | 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.

| Contenido | | 2016 | | Anexo |
|------------|--|------|---|-------|
| | | 1 | 2 | |
| 4.1 | Adaptar e implementar un plan de mejora para avanzar en la conciliación terapéutica | | X | 4 |
| 4.2 | Investigar y racionalizar la variabilidad en el uso de medicamentos en determinadas patologías | X | X | |
| 4.3 | Monitorización y mejora de indicadores de URM | X | X | |

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.

| Contenido | | 2016 | | Anexo |
|------------|--|------|---|-------|
| | | 1 | 2 | |
| 5.1 | Monitorizar y mejorar la labor docente de la organización | | X | 5 |
| 5.2 | Monitorizar y mejorar la formación continuada en la organización | | X | |
| 5.3 | Mejorar la pertinencia de la formación ofrecida | | X | |

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 requiere la mejora continua de la eficiencia y el cumplimiento de los presupuestos asignados.

| Contenido | | 2016 | |
|-----------|--|------|---|
| | | 1 | 2 |
| 6.1 | Gasto en Sustituciones por Incapacidad Transitoria y Sustituciones por permisos, Sustituciones por Vacaciones y Gasto en Personal Eventual. | X | X |
| 6.2 | Gasto en Productos Farmacéuticos (incluidos Hemoderivados y sin incluir el gasto en medicamentos para el tratamiento contra la Hepatitis C). | X | X |
| 6.3 | Gasto en Material Sanitario. | X | X |
| 6.4 | Gasto en Conciertos. | X | X |
| 6.5 | Gasto en Receta Farmacéutica. | X | X |
| 6.6 | Facturación en Convenios Comunitarios | X | X |
| 6.7 | Recaudación en Cobros a Terceros | X | X |

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos

El Acuerdo de Gestión de 2016 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

| | | 2016 |
|---|--|------|
| 1 | Monitorizar y mejorar la efectividad y la calidad percibida de la atención sanitaria. | 200 |
| 2 | Seguridad del paciente. | 50 |
| 3 | Evaluación de la accesibilidad y de la actividad de los servicios. | 200 |
| 4 | Uso racional de los medicamentos. | 50 |
| 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. | 450* |

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

| Subapartados | Porcentaje | Puntuación |
|---|------------|------------|
| Personal ** | 33,3% | 150 |
| Farmacia Hospitalaria | 22,2% | 100 |
| Material sanitario | 22,2% | 100 |
| Conciertos | 5% | 22,5 |
| Receta farmacéutica | 12,2% | 55 |
| Facturación en convenios y recaudación a terceros | 5% | 22,5 |

**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.

Con carácter excepcional, el cumplimiento de la totalidad del apartado “Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario” más los indicadores de accesibilidad (3.1.1 y 3.1.2), supondrá la valoración del Acuerdo de Gestión con la máxima puntuación.

2. Seguimiento y Evaluación

Se realizarán dos cortes anuales de seguimiento del cumplimiento del Acuerdo de Gestión, uno a finales del primer semestre del año y otro al cierre del ejercicio. A dichos cortes deberán asistir los equipos directivos de las Gerencias y el equipo directivo de los Servicios Centrales del SMS en todos sus ámbitos (asistencial, económico-financiero y de recursos humanos).

Además de estos dos cortes completos, pueden realizarse los cortes que sea preciso a lo largo del año, ya sea de forma global o en algún ámbito particular. Estos cortes parciales podrán ser a propuesta de las gerencias o de los servicios centrales y servirán para tratar aspectos concretos que merezcan un especial interés o resulten problemáticos.

REUNIDOS

De una parte, D. Francisco Agulló Roca, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra la Directora Gerente del Área de Salud III (Lorca) D.ª Catalina Lorenzo Gabarrón..

ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2016, comprometiéndose a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos, los objetivos que aquí se recogen por considerar que son acordes con los objetivos institucionales. 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 2016 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 2016.

Tercera - Objetivos

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

1. Monitorizar y mejorar la efectividad y la calidad percibida de la atención sanitaria.
2. Seguridad del Paciente.
3. Evaluación de la accesibilidad y de la actividad de los servicios.
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 4 de marzo de 2016

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

D. Francisco Agulló Roca.

LA DIRECTORA GERENTE DEL ÁREA DE SALUD III
LORCA

D.ª Catalina Lorenzo Gabarrón.

Acuerdo de Gestión 2016

INDICADORES

Acuerdo de Gestión 2016

Anexo 1

MONITORIZAR Y MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN SANITARIA

ANEXO 1. MONITORIZAR Y MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN SANITARIA

1.1 Encuestas Calidad Percibida

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

| | |
|--|-----|
| Número de acciones de mejora realizadas y documentadas en el año en el Área de Salud, de las propuestas por la SGCASE* | 30% |
| Cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores extraídos de las encuestas EMCA de Calidad Percibida. | 70% |

*SGCASE: Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación.

| 1.1.1 | Acciones documentadas sobre mejora de la calidad |
|----------------|--|
| Fórmula | Número de acciones de mejora realizados y documentadas en el año en el Área de Salud, de las propuestas por la SGCASE* |
| Fuente | Informe de actividades realizadas debidamente documentadas |
| Meta | ≥ 2 para las Áreas III, IV, V, VIII y IX ≥ 3 para las Áreas I, II, VI y VII |

| 1.1.2 | Satisfacción en Atención Primaria |
|----------------|---|
| Fórmula | Usuarios que califican con 8, 9 o 10 su satisfacción con el Centro de Salud x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria |
| Meta | 80% |

| 1.1.3 | Accesibilidad general en Atención Primaria |
|-----------------------|---|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria |
| Meta | 80% |
| Subindicadores | Usuarios satisfechos o muy satisfechos con la obtención de cita la última vez que acudieron a su Centro de Salud x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que la última vez que acudieron a consulta de su médico, les atendieron a la hora que estaban citados x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que la última vez esperaron poco o muy poco para entrar a la consulta de su médico x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que la última vez que acudieron a la consulta de enfermería, les atendieron a la hora que estaban citados x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que la última vez esperaron poco, muy poco o regular para entrar a la consulta de enfermería x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que, siempre o casi siempre, les han dado las recetas que necesitaban por su enfermedad crónica sin pedir cita x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que opinan que fueron atendidos por su médico de cabecera en su domicilio siempre que lo necesitaron x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que opinan que fueron atendidos por enfermería en su domicilio siempre que lo necesitaron x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.4 | Calidad científico-técnica del personal del área de administración en Atención Primaria |
|-----------------------|--|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria |
| Meta | 80% |
| Subindicadores | Usuarios que opinan que, siempre o casi siempre, el personal administrativo puso interés en ayudarles cuando tuvieron que resolver algún trámite x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que valoran como buena o muy buena la profesionalidad del personal administrativo x 100 / Total de valoraciones |
| | Usuarios que califican como bueno o muy bueno el trato que reciben del personal administrativo x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.5 | Satisfacción en el Área Médica |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Médicos |
| Meta | 90% |

| 1.1.6 | Información en el Área Médica |
|-----------------------|--|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Médicos |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Pacientes que al ingreso, ellos o sus acompañantes, recibieron información de las normas de funcionamiento x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes a los que en urgencias les explicaron, siempre o casi siempre, lo que les estaban haciendo x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que mientras permanecieron en urgencias sus acompañantes tuvieron información suficiente x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que antes de irse de alta les explicaron con claridad el tratamiento y los cuidados x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.7 | Organización en el Área Médica |
|-----------------------|---|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Médicos |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Pacientes que durante su ingreso pudieron saber con facilidad la categoría profesional de los que le atendían x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes a los que el personal que les atendía se identificaba diciéndoles quienes eran x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que no encontraron ningún problema en la comida que les dieron durante su estancia en el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que no han visto fumar en el hospital a familiares, pacientes o personal sanitario x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.8 | Satisfacción en el Área Quirúrgica |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos |
| Meta | 90% |

| 1.1.9 | Información en el Área Quirúrgica |
|-----------------------|--|
| Fórmula | Σ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Pacientes que al ingreso, ellos o sus acompañantes, recibieron información de las normas de funcionamiento x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes a los que en urgencias les explicaron, siempre o casi siempre, lo que les estaban haciendo x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que mientras permanecieron en urgencias sus acompañantes tuvieron información suficiente x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que antes de irse de alta les explicaron con claridad el tratamiento y los cuidados x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.10 | Organización en el Área Quirúrgica |
|-----------------------|---|
| Fórmula | Σ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Pacientes que durante su ingreso pudieron saber con facilidad la categoría profesional de los que le atendían x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes a los que el personal que les atendía se identificaba diciéndoles quienes eran x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que no encontraron ningún problema en la comida que les dieron durante su estancia en el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que no han visto fumar en el hospital a familiares, pacientes o personal sanitario x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.11 | Satisfacción en el Área Obstétrica |
|----------------|---|
| Fórmula | Mujeres que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos |
| Meta | 90% |

| 1.1.12 | Información en el Área Obstétrica |
|-----------------------|--|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Mujeres que opinan que en el paritorio, después del parto, les explicaron con claridad cómo estaba su hijo x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que al ingreso, ellas o sus acompañantes, recibieron información de las normas de funcionamiento x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que al llegar a planta les explicaron con claridad los cuidados y la alimentación de su hijo x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que antes del alta les explicaron con claridad el tratamiento y los cuidados que debían seguir en casa x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que antes del alta les explicaron con claridad los cuidados que debía seguir su hijo en casa x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.13 | Organización en el Área Obstétrica |
|-----------------------|--|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Mujeres que opinan que las medidas de seguridad para la identificación de los recién nacidos son suficientes x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que durante su ingreso pudieron saber con facilidad la categoría profesional de los que las atendían x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres a los que el personal que las atendía se identificaba diciéndoles quienes eran x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que no encontraron ningún problema en la comida que les dieron durante su estancia en el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que recibieron ayuda para poder realizar su higiene personal siempre o casi siempre que la necesitaron x 100 / Total de valoraciones |
| | Mujeres que no han visto fumar en el hospital a familiares, otras puérperas o personal sanitario x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.14 | Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias |
| Meta | 90% |

| 1.1.15 | Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalaria |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes a los que el tiempo que esperaron para el primer contacto les pareció poco o muy poco x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias |
| Meta | 90% |

| 1.1.16 | Información en el Área de Urgencias Hospitalaria |
|-----------------------|--|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Pacientes que opinan que sus acompañantes tuvieron información suficiente x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que durante su estancia pudieron saber con facilidad la categoría profesional de los que le atendían x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes que declaran que, siempre o casi siempre, les explicaron lo que les estaban haciendo x 100 / Total de valoraciones |

| 1.1.17 | Satisfacción en el Área de Consultas Externas |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas |
| Meta | 90% |

| 1.1.18 | Accesibilidad en el Área de Consultas Externas |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes que tuvieron que esperar 30 minutos o menos para entrar a la consulta x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas |
| Meta | 90% |

| 1.1.19 | Organización en el Área de Consultas Externas |
|-----------------------|---|
| Fórmula | \sum Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| Fuente | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas |
| Meta | 90% |
| Subindicadores | Pacientes que conocen el nombre del médico que les atendió x 100 / Total de valoraciones |
| | Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en consulta x 100 / Total de valoraciones |

1.2 Procesos Asistenciales

1.2.1 Síndrome coronario agudo (SCA)

| 1.2.1.1 | Terapia fibrinolítica adecuada |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada al primer dispositivo con capacidad de reperfusión 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 e Historia clínica 061 |
| Meta | ≥ 60% |

| 1.2.1.2 | Angioplastia primaria en tiempo adecuado |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada al primer dispositivo con capacidad de reperfusión hasta la angioplastia es de 90 minutos ó menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST con realización de angioplastia primaria |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥ 60% |

| 1.2.1.3 | Prescripción de medicación al alta en SCACEST |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes dados de alta por SCACEST que tienen prescripción de antiagregantes, betabloqueantes, IECA o ARA II y estatinas x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥90% |

| 1.2.1.4 | Prescripción de medicación al alta en SCASEST |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes dados de alta por SCASEST que tienen prescripción de antiagregantes, betabloqueantes, IECA o ARA II y estatinas x 100 / Pacientes dados de alta por SCASEST |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥80% |

1.2.2 Parto y lactancia

| 1.2.2.1 | Episiotomías en partos eutócicos |
|----------------|--|
| Fórmula | Episiotomías en partos eutócicos x 100 / Total de partos eutócicos |
| Fuente | SELENE y CMBD |
| Meta | < 25% |

| 1.2.2.2 | Contacto precoz madre-recién nacido |
|----------------|--|
| Fórmula | Partos vaginales y cesáreas en los que la madre y la criatura han tenido contacto piel con piel durante 50 minutos o más x 100 / Partos vaginales y cesáreas atendidos en gestantes de 37 a 41 semanas completas |
| Fuente | SELENE y CMBD |
| Meta | ≥ 80% |

| 1.2.2.3 | 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 | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥75% |

| 1.2.2.4 | 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 | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥75% |

| 1.2.2.5 | Partos por cesáreas |
|----------------|---|
| Fórmula | Partos por cesáreas x 100 / Total de partos |
| Fuente | CMBD |
| Meta | ≤ 22% |

| 1.2.2.6 | Puérperas con visita realizada |
|----------------|---|
| Fórmula | Puérperas a las que se realiza anamnesis y exploración en la visita puerperal a los 14 días siguientes al parto x 100 / Niños menores de un año |
| Fuente | OMI |
| Meta | 50% |

| 1.2.2.7 | Planes de Cuidados a Niños entre 0-2 años |
|----------------|--|
| Fórmula | Niños de 0 a 2 años con seguimiento del plan de cuidados x 100 / Niños de 0 a 2 años |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 25% |

1.2.3 Cáncer

| 1.2.3.1 | Evaluación por el comité de mama |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluados por el "Comité de Mama" x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | 100% |

| 1.2.3.2 | Confirmación diagnóstica en cáncer de mama |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes cuyo intervalo entre la fecha de entrada del informe de Anatomía Patológica y la de confirmación diagnóstica es igual o inferior a 4 días naturales x 100 / Informes de Anatomía Patológica en pacientes con cáncer de mama |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥50% |

| 1.2.3.3 | Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 28 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥90% |

| 1.2.3.4 | Intervalo entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante en cáncer de mama |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes cuyo intervalo entre cirugía y primer tratamiento adyuvante es igual o inferior a 42 días x 100/ Pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer de mama |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥90% |

| 1.2.3.5 | Evaluación por el comité de cáncer colorrectal |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han sido evaluados por el "Comité de Cáncer Colorrectal" x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | 100% |

| 1.2.3.6 | Confirmación diagnóstica en cáncer colorrectal |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes cuyo intervalo entre la fecha de entrada del informe de Anatomía Patológica y la de confirmación diagnóstica es igual o inferior a 4 días naturales x 100 / Informes de Anatomía Patológica en pacientes con cáncer colorrectal |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥50% |

| 1.2.3.7 | Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y 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 | ≥90% |

1.2.4 EPOC

| 1.2.4.1 | Diagnóstico de EPOC |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC x 100 / Personas mayores de 40 años. |
| Fuente | OMI |
| Meta | 5% |

| 1.2.4.2 | Adecuación diagnóstica de EPOC |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC en los últimos 12 meses con FEV1/FCV inferior a 0,7 en espirometría postbroncodilatación x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥80% |

| 1.2.4.3 | Seguimiento de pacientes con EPOC |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años con EPOC que tienen realizada una espirometría en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 20 % |

| 1.2.4.4 | Adiestramiento en terapia inhalatoria |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años con 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 y SELENE |
| Meta | ≥ 20 % |

| 1.2.4.5 | Vacunación frente a la gripe |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años con EPOC que han sido vacunados contra la gripe en el último año x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 60% |

| 1.2.4.6 | Vacunación frente al neumococo |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes entre 40 y 65 años con EPOC que han sido vacunados contra el neumococo en algún momento y mayores de 65 años que tengan al menos una dosis x 100 / Pacientes entre 40 y 65 años o más diagnosticados de EPOC |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 60% |

| 1.2.4.7 | Control del tabaquismo |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC con registro de consumo de tabaco en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 60% |

| 1.2.4.8 | Consejo de deshabituación tabáquica |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC que refieren fumar en algún momento en los últimos 12 meses, que han recibido consejo para abandonar el consumo de tabaco en el último año x 100 / Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC que refieren fumar en algún momento en los últimos 12 meses |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 20 % |

1.2.5 Diabetes

| 1.2.5.1 | Determinación de hemoglobina glicosilada |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus que tienen una determinación de hemoglobina glicosilada x 100/ Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 80% |

| 1.2.5.2 | A. Control metabólico en diabéticos |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada muestra valores igual o inferiores al 7% x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus que tienen al menos una determinación de hemoglobina glicosilada |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥50% |

| 1.2.5.3 | B. Control metabólico en diabéticos |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada muestra valores igual o superiores al 9% x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus que tienen al menos una determinación de hemoglobina glicosilada |
| Fuente | OMI |
| Meta | <10% |

| 1.2.5.4 | Planes de Cuidados a Pacientes Diabéticos |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes diabéticos con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes diagnosticados de diabetes |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥35% |

| 1.2.5.5 | Prevención del pie diabético |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 con registro de una revisión de pies realizada en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 20 % |

1.2.6 Ictus isquémico

| 1.2.6.1 | 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 | ≥ 15% |

| 1.2.6.2 | 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 | ≥ 90% aplicable a las Áreas I y II |

1.2.7 Factores de riesgo cardiovascular

| 1.2.7.1 | Control en pacientes hipertensos |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA con registro en historia clínica de un adecuado control de sus cifras de TA (TA diastólica <90 y TA sistólica <140) en los último 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA |
| Fuente | OMI |
| Meta | 36% |

| 1.2.7.2 | Planes de Cuidados a pacientes hipertensos |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100/ Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA |
| Fuente | OMI |
| Meta | ≥ 25% |

| 1.2.7.3 | Niños de 2 a 14 años con diagnóstico de obesidad |
|----------------|--|
| Fórmula | Niños entre 2 y 14 años con diagnóstico de obesidad x 100 / Niños entre 2 y 14 años. |
| Fuente | OMI |
| Meta | 2% |

1.2.8 Enfermedad tromboembólica

| 1.2.8.1 | Riesgo de enfermedad tromboembólica y de sangrado |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes adultos con valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica (Padua o Caprini) y de sangrado (Improve) en las primeras 24 horas tras el ingreso x 100 / Pacientes adultos que han sido hospitalizados 2 días o más |
| Fuente | CMBD y SELENE |
| Meta | ≥ 30% |

| 1.2.8.2 | Profilaxis tromboembólica adecuada |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes adultos intervenidos de cirugía oncológica colorrectal, cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes adultos intervenidos de cirugía oncológica colorrectal, 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% |

| 1.2.8.3 | Profilaxis tromboembólica adecuada al alta |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal, 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 oncológica colorrectal, 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% |

1.2.9 Salud mental

| 1.2.9.1 | Continuidad asistencial hospitalaria |
|----------------|--|
| Fórmula | Altas hospitalarias por Trastorno Mental Grave en las que el paciente acude a la cita en el Centro de Salud Mental en menos de 7 días x 100 / Altas hospitalarias por Trastorno Mental Grave |
| Fuente | SELENE y CMBD |
| Meta | ≥ 90% |

| 1.2.9.2 | Continuidad asistencial Centro de Salud Mental (CSM)- Centro de Atención a la Drogadicción (CAD) |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes derivados por consulta desde el CSM al CAD que acuden a la cita x 100 / Pacientes derivados por consulta al CAD |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥ 70% |

| 1.2.9.3 | Continuidad asistencial CAD-CSM |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes derivados por consulta desde el CAD al CSM que acuden a la cita x 100 / Pacientes derivados por consulta al Centro de Salud Mental |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥80% |

| 1.2.9.4 | Seguimiento |
|----------------|--|
| Fórmula | Casos con derivación que no acuden a la cita y a los que se realiza seguimiento telefónico x 100 / Casos con derivación que no acuden a la cita Desagregación: - Centro de Salud Mental - CAD |
| Fuente | SELENE |
| Meta | 80% |

| 1.2.9.5 | Elaboración Plan de Actuación Coordinada (PAC) |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes nuevos con diagnóstico de Esquizofrenia con PAC registrado en la historia clínica en los 60 días siguientes al diagnóstico x 100 / Pacientes nuevos con diagnóstico de Esquizofrenia |
| Fuente | SELENE |
| Meta | 90% |

1.2.10 Cuidados Paliativos a domicilio

| 1.2.10.1 | Pacientes registrados en programa de cuidados paliativos (Detectados en Atención Primaria) |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos domiciliarios en OMI (A.99) que tienen cumplimentado el formulario de cuidados paliativos domiciliarios de OMI x 100 / Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos domiciliarios en OMI (A.99) |
| Fuente | ESAD-ESAH y OMI |
| Meta | ≥ 75% |

| 1.2.10.2 | Pacientes ingresados en programa de cuidados paliativos (Detectados en Atención Hospitalaria) |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos hospitalarios en Selene (V.66.7) que tienen cumplimentado el formulario de cuidados paliativos de Selene x 100 / Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos hospitalarios en Selene (V.66.7) |
| Fuente | ESAD-ESAH, SELENE y CMBD |
| Meta | ≥ 95% |

| 1.2.10.3 | Éxitus en domicilio |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes que mueren en domicilio x 100 / Pacientes en Programa de Paliativos a domicilio |
| Fuente | ESAD-ESAH |
| Meta | ≥ 65% |

| 1.2.10.4 | Estancia desde fecha de inclusión al programa |
|----------------|--|
| Fórmula | Σ de días desde la inclusión en el Programa de Paliativos (V.66.7) hasta el alta del paciente x 100 / Altas de los pacientes incluidos en el Programa de Paliativos (V.66.7) |

| | |
|---------------|---------------|
| Fuente | ESAH y SELENE |
| Meta | ≤ 14 días |

| | |
|-----------------|---|
| 1.2.10.5 | Pacientes en programa de cuidados paliativos a domicilio ingresados |
| Fórmula | Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos a domicilio que ingresan en el hospital x 100 / Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos a domicilio |
| Fuente | OMI, SELENE y CMBD |
| Meta | ≤ 15 % |

1.3 Calidad de los Cuidados

1.3.1 Cuidados hospitalarios

| 1.3.1.1 | Plan de Acogida |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida x 100 / Pacientes ingresados en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥ 90% |

| 1.3.1.2 | Valoración temprana del riesgo de UPP |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 horas x 100 / Pacientes ingresados en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥ 95% |

| 1.3.1.3 | UPP durante desarrolladas la estancia hospitalaria |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso x 100 / Pacientes ingresados > 2 días en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≤ 2,5% |

| 1.3.1.4 | Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes ingresados en el hospital con UPP x 100 / Pacientes ingresados en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≤ 5% |

| 1.3.1.5 | Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes ingresados en UCI con UPP x 100 / Pacientes ingresados en UCI en el momento del estudio |
| Fuente | Historia clínica |
| Meta | ≤ 10% |

| 1.3.1.6 | Valoración temprana del riesgo de Caídas |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes con valoración de riesgo de Caída en las primeras 24 horas x 100/ Pacientes ingresados en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥ 95% |

| 1.3.1.7 | Caídas notificadas en pacientes hospitalizados |
|----------------|--|
| Fórmula | Caídas notificadas en pacientes hospitalizados x 100/ Altas hospitalarias en el periodo de estudio |
| Fuente | SELENE / SINASP |
| Meta | ≤ 1% |

| 1.3.1.8 | Incidencia flebitis |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes portadores de catéter venoso periférico con flebitis x 100 / Pacientes portadores de catéter venoso periférico ingresados en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≤ 1% |

| 1.3.1.9 | Incidencia extravasación |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes portadores de catéter venoso periférico con extravasación x 100 / Pacientes portadores de catéter venoso periférico ingresados en el momento del estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≤ 1% |

| 1.3.1.10 | Altas hospitalarias con informe de continuidad de cuidados |
|-----------------|---|
| Fórmula | ICC realizados al alta hospitalaria x 100/ Altas hospitalarias en el periodo de estudio |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥ 50% |

| 1.3.1.11 | Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados |
|-----------------|---|
| Fórmula | Número de Ciclos de Evaluación y Mejora realizados y documentados en un año |
| Fuente | Informe de actividades |
| Meta | ≥ 3 |

1.3.2 Cuidados en pacientes inmovilizados en domicilio

| 1.3.2.1 | Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas consta el registro de la Identificación de la persona cuidadora x100 / Pacientes inmovilizados |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 20% |

| 1.3.2.2 | Valoración Inicial en pacientes inmovilizados |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados con valoración inicial realizada y registrada en la historia clínica OMI x 100 / Pacientes inmovilizados |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 30% |

| 1.3.2.3 | Valoración de la sobrecarga del cuidador |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro de la valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora principal mediante el “test de Zarit” x 100 / Pacientes inmovilizados con persona cuidadora identificada |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 20 % |

| 1.3.2.4 | Valoración de la situación sociofamiliar |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro de la Valoración de la situación sociofamiliar mediante “test de Gijón” x 100 / Pacientes inmovilizados |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 40 % |

| 1.3.2.5 | Valoración funcional |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro, en el último año, de una valoración funcional mediante “Índice de Katz” x 100 / Pacientes inmovilizados |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 20 % |

| 1.3.2.6 | Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de úlceras por presión en la primera visita mediante escala de valoración Braden x 100 / Pacientes inmovilizados |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 50% |

| 1.3.2.7 | Prevalencia de UPP en pacientes inmovilizados |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados en los que aparecen nuevos episodios de úlceras por presión de cualquier grado y localización en el periodo evaluado x 100 / Pacientes inmovilizados incluidos en el mismo periodo. |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≤ 8% |

| 1.3.2.8 | Vacunación gripe en pacientes inmovilizado |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados vacunados contra la gripe x 100 / Pacientes inmovilizados |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 80% |

| 1.3.2.9 | Planes de Cuidados a Pacientes Inmovilizados |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes inmovilizados con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes de inmovilizados registrados en OMI |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | ≥ 65% |

| 1.3.2.10 | Actividades grupales |
|----------------|---|
| Fórmula | Realización de 3 actividades de carácter grupal preferentemente a pacientes diabéticos, pacientes con EPOC y a cuidadores de pacientes crónicos/inmovilizados en cada EAP de cada Área. |
| Fuente | "Informe de la Gerencia" que deberá cumplimentar una ficha, especificando la actividad desarrollada |
| Meta | ≥ 3 |

1.3.3 Cuidados en personas mayores

| 1.3.3.1 | Detección de personas mayores de 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 | $\geq 25\%$ |

| 1.3.3.2 | Valoración personas mayores de riesgo |
|----------------|---|
| Fórmula | Personas mayores de 65 años identificadas de riesgo en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 65 años con valoración del "Test de Barber" |
| Fuente | OMI-AP |
| Meta | $\geq 5\%$ |

1.3.4 Programa de vacunaciones

| 1.3.4.1 | Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica |
|----------------|--|
| Fórmula | Niños de 5 años de edad que han recibido la segunda dosis de vacuna triple vírica x100 / Total de niños de 5 años de edad. |
| Fuente | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones |
| Meta | $\geq 95\%$ |

| 1.3.4.2 | Cobertura de vacunación frente al meningococo C |
|----------------|--|
| Fórmula | Niños de 12 años correctamente vacunados frente al meningococo C x100 / Total de niños de 12 años. |
| Fuente | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones |
| Meta | $\geq 85\%$ |

| 1.3.4.3 | Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH) |
|----------------|--|
| Fórmula | Niñas de 13 años que han recibido la 1ª dosis frente al VPH C x100 / Total de niñas de 13 años |
| Fuente | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones |
| Meta | $\geq 80\%$ |

| 1.3.4.4 | Cobertura de vacunación frente a la gripe |
|----------------|---|
| Fórmula | Personas mayores de 64 años o más vacunados frente a la gripe x 100 / Personas de 64 años o más |
| Fuente | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones |
| Meta | ≥ 60% |

Acuerdo de Gestión 2016

Anexo 2

SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANEXO 2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

2.2 Mejorar la Cultura de Seguridad del paciente en la organización

| 2.2.1 | SINAPS |
|----------------|--|
| Fórmula | Notificaciones realizadas en el año que se evalúa x 100 / Notificaciones realizadas en el año anterior |
| Fuente | SINAPS |
| Meta | > 0% |

| 2.2.2 | Análisis Causa Raíz- SAC1 |
|----------------|---|
| Fórmula | Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes con riesgo extremo (SAC1) finalizados x 100 / Total de incidentes con riesgo extremo (SAC1) |
| Fuente | SINAPS |
| Meta | 100% |

| 2.2.3 | Análisis Causa Raíz- SAC2 |
|----------------|---|
| Fórmula | Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes con riesgo alto (SAC2) finalizados x 100 / Total de incidentes con riesgo alto (SAC2) |
| Fuente | SINAPS |
| Meta | ≥75% |

| 2.2.4 | Reuniones grupo |
|----------------|--|
| Fórmula | Número de reuniones con actas del grupo encargado del análisis de las notificaciones |
| Fuente | Informe Gerencia |
| Meta | ≥10 |

| 2.2.5 | Difusión de análisis de casos |
|----------------|--|
| Fórmula | Número de informes con análisis de los casos notificados y propuesta de acciones correctoras difundidos a los profesionales del centro |
| Fuente | Informe Gerencia |
| Meta | ≥ 4 |

2.3 Desarrollar los objetivos del Plan Regional para la Mejora de la Seguridad del paciente

2.3.1 Mejorar la Seguridad del paciente en Atención Primaria

| 2.3.1.1 | SINAPS |
|----------------|--|
| Fórmula | Centros de atención primaria con Sistema de notificación de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente con al menos una notificación x 100 / Centros de Atención Primaria |
| Fuente | SINAPS |
| Meta | ≥ 85% |

2.3.2 Mejorar la Seguridad del paciente en Hospitalización.

2.3.2.1 Infección relacionada con la atención

| 2.3.2.1.1 | Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI |
|----------------|--|
| Fórmula | Número de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central 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 | ≤ 4% |

| 2.3.2.1.2 | Infección de herida quirúrgica tras cirugía colorrectal |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes intervenidos de forma electiva de cáncer colorrectal que desarrollan una infección de herida quirúrgica x 100 / Pacientes intervenidos de forma electiva de cáncer colorrectal |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≤ 10% |

| 2.3.2.1.3 | Infección tras cirugía ortopédica de prótesis |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes intervenidos de prótesis de rodilla y/o cadera que desarrollan una infección tras la cirugía x 100 / Pacientes intervenidos de prótesis de rodilla y/o cadera. |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≤ 4% |

2.3.2.2 Cirugía segura

| 2.3.2.2.1 | Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes intervenidos quirúrgicamente que tienen cumplimentado el listado de verificación de seguridad quirúrgica en su totalidad, en cada uno de los 3 momentos x 100 / Pacientes sometidos a intervención quirúrgica. |
| Fuente | SELENE |
| Meta | Cirugía electiva: ≥ 95% Cirugía urgente: ≥ 80% |

| 2.3.2.2.2 | Adecuación de la profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos |
|------------------|---|
| Fórmula | Pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer colorrectal, prótesis de rodilla y/o cadera con prescripción de profilaxis antibiótica según protocolo x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer colorrectal, prótesis de rodilla y/o cadera. |
| Fuente | SELENE |
| Meta | ≥ 85% |

2.3.2.3 Indicadores de seguridad de los medicamentos

| 2.3.2.3.1 | Medicamentos de alto riesgo |
|------------------|---|
| Fórmula | Existencia de un protocolo actualizado para medicamentos de alto riesgo |
| Fuente | Gerencia |
| Meta | Existencia de un documento con los siguientes requisitos: - Debe contener recomendaciones y referencias bibliográficas en las que se basan. - Debe haber sido elaborado o revisado en los últimos 3 años. |

| 2.3.2.3.2 | Conciliación de la medicación al alta hospitalaria |
|------------------|---|
| Fórmula | Existencia de un protocolo actualizado para conciliar la medicación al alta |
| Fuente | Gerencia |
| Meta | Existencia de un documento con los siguientes requisitos: - Debe contener recomendaciones y referencias bibliográficas en las que se basan - Debe haber sido elaborado o revisado en los últimos 3 años |

2.3. 3 Higiene de manos

| 2.3.3.1 | Estrategia Multimodal de la OMS |
|----------------|---|
| Fórmula | Autoevaluación del Plan de Actuación según la Estrategia Multimodal de OMS por parte del centro |
| Fuente | Gerencia |
| Meta | 100% |

| 2.3.3.2 | Preparados de base alcohólica en el punto de atención |
|----------------|--|
| Fórmula | Habitaciones hospitalarias funcionantes con preparados de base alcohólica (PBA) x 100/ Habitaciones hospitalarias funcionantes. Locales de consulta funcionantes con preparados de base alcohólica (PBA) x 100/ Locales de consulta funcionantes Desagregado: Atención Primaria Hospital |
| Fuente | Gerencia |
| Meta | 100% |

Acuerdo de Gestión 2016

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y DE LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS

ANEXO 3 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y DE LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS

3.1 Accesibilidad

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

| 3.1.2 | Pacientes quirúrgicos, prioridad 1 con espera mayor 30 días |
|----------------|---|
| Fórmula | Pacientes en lista de espera quirúrgica, P-1, cuya espera estructural es superior a los 30 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica |
| Fuente | SIS - RD605 (PIN - SELENE) |
| Meta | 0 |

| 3.1.3 | Pacientes en espera para servicios hospitalarios |
|----------------|--|
| Fórmula | Pacientes que rebasan el tiempo máximo de espera x 100 / Pacientes en espera Desagregación y límite: <ul style="list-style-type: none"> - Consulta externa, 50 días de espera - Pruebas complementarias, 30 días de espera - Servicios quirúrgicos, 150 días de espera |
| Fuente | SIS - RD605 (DWH en SELENE) |
| Meta | 0 |

| 3.1.4 | Tiempo medio de espera estructural en servicios hospitalarios |
|----------------|--|
| Fórmula | $\Sigma(\text{fecha final período de estudio} - \text{fecha de entrada en registro}) / \text{Pacientes en el registro}$ Desagregación: <ul style="list-style-type: none"> - Consulta externa - Pruebas complementarias - Servicios quirúrgicos |
| Fuente | SIS - RD605 (DWH en SELENE) |
| Meta | Según límites desagregados para pacientes en espera |

| 3.1.5 | Demora para servicios hospitalarios |
|----------------|--|
| Fórmula | $\frac{\sum(\text{fecha de salida (fecha realización del servicio)} - \text{fecha de entrada (fecha de indicación del servicio)})}{\text{salidas del registro por servicio}}$ <p>Desagregación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta externa - Pruebas complementarias - Servicios quirúrgicos |
| Fuente | SIS - RD605 (DWH en SELENE) |
| Meta | Según límites desagregados para pacientes en espera |

| 3.1.6 | Pacientes en espera para atención primaria |
|----------------|---|
| Fórmula | $\frac{\text{Número de CIAS con demora superior a 48 horas} \times 100}{\text{Número de CIAS del área}}$ <p>Desagregación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina de familia - Pediatría |
| Fuente | OMI AP |
| Meta | 0 |

| 3.1.7 | Pacientes en espera para atención en CSM/CAD |
|----------------|---|
| Fórmula | $\frac{\text{Pacientes derivados desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental para la primera visita que esperan 50 días o más para ser atendidos} \times 100}{\text{Pacientes derivados desde Atención primaria al Centro de Salud Mental para la primera cita}}$ |
| Fuente | Desagregación: CSM/CAD |
| Meta | 0 |

| 3.1.8 | Tiempo de espera para acceder a la consulta del Médico de Familia |
|----------------|--|
| Fórmula | $\frac{\text{Pacientes atendidos no urgentes que esperan para acceder a la consulta del médico de familia con respecto a la hora de cita} \times 100}{\text{Pacientes no urgentes atendidos en las consultas del médico de familia en el periodo evaluado.}}$ <p>Desagregado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que esperan menos de 15 minutos - Pacientes que esperan más de 30 minutos |
| Fuente | OMI |
| Meta | Esperan menos de 15 minutos: $\geq 55\%$ Esperan más de 30 minutos: $< 15\%$ |

| 3.1.9 | Tiempo de espera para acceder a la consulta de Pediatría |
|----------------|--|
| Fórmula | $\frac{\text{Pacientes atendidos no urgentes que esperan para acceder a la consulta de pediatría con respecto a la hora de cita} \times 100}{\text{Pacientes no urgentes atendidos en las consultas de pediatría en el periodo evaluado.}}$ <p>Desagregado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que esperan menos de 15 minutos - Pacientes que esperan más de 30 minutos |
| Fuente | OMI |
| Meta | Esperan menos de 15 minutos: $\geq 60\%$ Esperan más de 30 minutos: $< 10\%$ |

3.2 Actividad

| 3.2.1 | Adecuación de la estancia preoperatoria |
|----------------|--|
| Fórmula | $\frac{\text{Pacientes intervenidos el mismo día ó al día siguiente del ingreso} \times 100}{\text{Pacientes ingresados para cirugía programada}}$ |
| Fuente | CMBD |
| Meta | Reducción del 20% respecto al año anterior |

| 3.2.2 | Ambulatorización de procesos quirúrgicos |
|----------------|--|
| Fórmula | $\frac{\text{Pacientes con intervenciones quirúrgicas realizadas por cirugía mayor ambulatoria (estancia de 0 días)} \times 100}{\text{Pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas en los procedimientos potencialmente ambulatorizables}}$ |
| Fuente | CMBD |
| Meta | Incremento de 10% respecto al año anterior |

| 3.2.3 | Rendimiento quirúrgico |
|----------------|---|
| Fórmula | $\frac{\text{Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última de la sesión (Tiempo bruto)}}{\text{Tiempo asignado en la planificación de cada sesión. (Tiempo disponible)}}$ |
| Fuente | SIN (PIN-SELENE) |
| Meta | % de ocupación bruta $\geq 75\%$. |

| 3.2.4 | Suspensiones del acto quirúrgico |
|----------------|---|
| Fórmula | $\frac{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas con estado "suspendida"}}{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas}}$ |
| Fuente | SIN (PIN-SELENE) |
| Meta | < 5% |

| 3.2.5 | Pacientes crónicos atendidos por enfermería |
|----------------|--|
| Fórmula | $\frac{\text{Pacientes mayores de 14 años incluidos en los servicios de HTA, EPOC, DM, Obesidad, Inmovilizados e Hiperlipidemias y que tienen, al menos, 1 apunte cumplimentado por personal de enfermería} \times 100}{\text{Pacientes mayores de 14 años incluidos en los servicios de HTA, EPOC, DM, Obesidad, Inmovilizados e Hiperlipidemias}}$ |
| Fuente | OMI |
| Meta | 40% |

| 3.2.6 | Pacientes atendidos a domicilio por enfermera/día Pacientes crónicos atendidos por enfermería |
|----------------|---|
| Fórmula | $\frac{\text{Total de atenciones a domicilio por enfermera/o} \times 100}{\text{Número de enfermeros por días de consulta.}}$ |
| Fuente | OMI |
| Meta | 4 |

| 3.2.7 | Uso de la historia clínica electrónica en Salud mental |
|----------------|---|
| Fórmula | Consultas con formulario cumplimentado en Selene x 100 / Total de consultas |
| Fuente | SELENE |
| Meta | Incremento de $\geq 20\%$ en números absolutos |

| 3.2.8 | Uso de historia clínica electrónica en consultas externas |
|----------------|---|
| Fórmula | Consultas con formulario cumplimentado en Selene x 100 / Total de consultas |
| Fuente | SELENE |
| Meta | Incremento de $\geq 20\%$ en números absolutos |

| 3.2.9 | Uso de historia clínica electrónica en urgencias hospitalarias |
|----------------|---|
| Fórmula | Consultas con formulario cumplimentado en Selene x 100 / Total de consultas |
| Fuente | SELENE |
| Meta | Incremento de $\geq 20\%$ en números absolutos |

Acuerdo de Gestión 2016

Anexo 4

USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

ANEXO 4 USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

4.1 Conciliación terapéutica

| 4.1.1 | Conciliación terapéutica |
|----------------|--|
| Fórmula | Número de servicios hospitalarios en los que se realiza conciliación terapéutica |
| Fuente | Informe de actividades realizadas debidamente documentado |
| Meta | ≥ 1 |

4.2 Variabilidad en el uso de medicamentos

| 4.2.1 | Variabilidad en el uso de medicamentos |
|----------------|---|
| Fórmula | Número de 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 | Informe de actividades realizadas debidamente documentado, incluyendo resultados de las acciones implementadas |
| Meta | ≥ 1 Áreas III, VI, V, VIII y IX ≥ 2 Áreas I, II, VI y VII |

4.3 Monitorización y mejora de indicadores de URM

4.3.1 Prescripción de antibióticos

| 4.3.1.1 | DHD Antibióticos |
|----------------|--|
| Fórmula | DDD de antibióticos prescritas en el periodo x 1.000 / Habitantes del Área |
| Fuente | |
| Meta | ≤ 20 |

| 4.3.1.2 | Antibióticos de primer nivel prescritos desde Atención Primaria |
|----------------|--|
| Fórmula | DDD de antibióticos sistémicos considerados como de primer nivel prescritas desde Atención Primaria x 100 / Total DDD de antibióticos sistémicos |
| Fuente | |
| Meta | $\geq 75\%$ |

| 4.3.1.3 | Penicilinas prescritas en pediatría |
|----------------|---|
| Fórmula | DDD de penicilinas prescritas en pediatría x 100 / Total DDD de antibióticos sistémicos prescritos en pediatría |
| Fuente | |
| Meta | $\geq 75\%$ |

| 4.3.1.4 | Amoxicilina-Clavulánico prescrita en pediatría |
|----------------|---|
| Fórmula | DDD de amoxicilina-clavulánico prescritas en pediatría x 100 / Total DDD de penicilina prescrita en pediatría |
| Fuente | |
| Meta | $\leq 50\%$ |

| 4.3.1.5 | Macrólidos prescritos en pediatría |
|---------|--|
| Fórmula | DDD de macrólidos prescritos en pediatría x 100 / Total DDD de antibióticos sistémicos prescritos en pediatría |
| Fuente | |
| Meta | ≤ 7% |

4.3.2 Prescripción de calidad en fármacos específicos

| 4.3.2.1 | Medicamentos comercializados en últimos 5 años sin aportación relevante (NMSAR) |
|---------|---|
| Fórmula | DDD de NMSAR prescritas x 100 / DDD de medicamentos prescritas |
| Fuente | |
| Meta | ≤ 2% |

| 4.3.2.2 | IECA |
|---------|--|
| Fórmula | DDD de IECA solos o asociados a tiazidas prescritas x 100 / DDD de IECA y ARA II solos o asociados a tiazidas prescritas |
| Fuente | |
| Meta | ≥ 60% |

| 4.3.2.3 | Antidiabéticos orales |
|---------|--|
| Fórmula | DDD Metformina o sulfonilureas x 100 / DDD antidiabéticos orales prescritos. |
| Fuente | |
| Meta | ≥ 60% |

| 4.3.2.4 | DHD Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) |
|---------|---|
| Fórmula | DDD de IBP prescritas en el periodo x 1.000 / Habitantes del área |
| Fuente | |
| Meta | ≤ 100 |

| 4.3.2.5 | Antiasmáticos en Medicina de Familia |
|---------|--|
| Fórmula | DDD de B2-adrenérgicos de larga duración asociados a corticoides prescritos en AP x 100 / DDD de antiasmáticos en AP |
| Fuente | |
| Meta | ≤ 20% |

| 4.3.2.6 | Antiasmáticos en Pediatría: antagonistas de los receptores de leucotrienos |
|---------|--|
| Fórmula | DDD de antileucotrienos prescritas por pediatras x 100 / DDD de antiasmáticos prescritas por pediatras |
| Fuente | |
| Meta | ≤ 12% |

| 4.3.2.7 | Anticoagulantes orales |
|----------------|---|
| Fórmula | DDD acenocumarol + warfarina x 100 / DDD anticoagulantes orales |
| Fuente | |
| Meta | ≥ 80% |

| 4.3.2.8 | Antipsicóticos |
|----------------|--|
| Fórmula | DDD de risperidona + olanzapina prescritas x 100 / DDD antipsicóticos atípicos |
| Fuente | |
| Meta | ≥ 60% |

Acuerdo de Gestión 2016

Anexo 5

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

ANEXO 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

5.1. Formación sanitaria especializada

| 5.1.1 | Guía Itinerario Formativo Tipo |
|----------------|--|
| Fórmula | <p>La Coordinación de Desarrollo Profesional valorará a partir del 50% de las GIFT que estén en el modelo normalizado de buenas prácticas de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/BuenasPracticasFSE.htm), que realicen una revisión e incluyan los diferentes itinerarios formativos en su caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <50%: 0 (0%) • 50-75%: 1 (10%) • 76-95%: 2 (20%) • >95%: 3 (30%) <p>GIFT correctamente cumplimentadas x 100 / Total de GIFT que deben tener</p> |
| Fuente | Página Web de FSE: http://www.murciasalud.es/fse.php |
| Meta | 100% de las GIFT. |

| 5.1.2 | Protocolo de Supervisión y Responsabilidad Progresiva de Residentes en Urgencias y en Otras Áreas |
|----------------|--|
| Fórmula | <p>La Coordinación de Desarrollo Profesional valorará en los protocolos de supervisión la inclusión de los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de supervisión generales, establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del centro docente • La graduación de la supervisión de las actividades asistenciales especialmente significativas en las que participa el residente • Garantizar la supervisión de presencia física del R1 • La fecha de aprobación del protocolo de supervisión y fecha de revisión <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si: 3 (30%) ▪ No: 0 (0%) |
| Fuente | Espacio Docente Idea: http://www.murciasalud.es/idea/ |
| Meta | Existencia de protocolo en todas las áreas y dispositivos de atención continuada por donde rote un residente |

| 5.1.3 | Plan Individual de Formación del Residente |
|----------------|---|
| Fórmula | <p>La Coordinación de Desarrollo Profesional valorará a partir del 80% de los Planes individuales cumplimentados y entregados a los R1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <80%: 0 (0%) • 81-85%: 1 (10%) • 86-95%: 2 (15%) • >95%: 3 (20%) <p>PIFR cumplimentados y entregados x 100 / Total de PIFR que deben tener</p> |
| Fuente | Espacio Docente Idea: http://www.murciasalud.es/idea/ |
| Meta | 100% de los PIFR aprobados y entregados al residente |

| 5.1.4 | Planificación de la Evaluación Formativa |
|----------------|--|
| Fórmula | <p>La Coordinación de Desarrollo Profesional valorará a partir del 75% de los Informes de Evaluación Formativa aprobados en Comisión de Docencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <75%: 0 (0%) • 75-85%: 1 (10%) • 86-95%: 2 (15%) • >95%: 3 (20%) <p>Residentes con evaluación formativa x 100 / Total de residentes</p> |
| Fuente | Página Web de FSE: http://www.murciasalud.es/fse.php |
| Meta | 100% de los residentes con evaluación formativa |

5.2. Formación continuada

| 5.2.1 | Eficiencia Global |
|----------------|---|
| Fórmula | <p>Horas docentes en relación a los participantes de cada área-centro-gerencia y regional</p> <p>Participantes en relación a los profesionales de cada área-centro-gerencia y regional</p> <p>Costes por hora de formación de cada área-centro-gerencia y regional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior o igual a la media: 0 (0%) • De 0 a 9 puntos de diferencia positiva: 1 (10%) • De 10 a 19 puntos de diferencia positiva: 2 (20%) • De 20 a 29 puntos de diferencia positiva: 3 (30%) • Igual o más de 30 puntos de diferencia positiva: 4 (40%) |
| Fuente | Memoria del PIFCS Relación de actividades con código E y O proporcionadas por cada Gerencia |
| Meta | ----- |

| 5.2.2 | Componente Cualitativo de Acreditación |
|----------------|--|
| Fórmula | <p>Media del componente cualitativo de las acciones formativas acreditadas de cada Área-centro-gerencia.</p> <p>Media del componente cualitativo de las acciones formativas acreditadas del sistema público de la Región de Murcia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a la media: 0 (0%) • Igual a la media: 1 (10%) • Entre 0 y 0,10: 2 (30%) • Superior a 0,10: 3 (40%) |
| Fuente | Aplicativo SIAFOC |
| Meta | Valor componente cualitativo entre 0 y 0.10 |

| 5.2.3 | Encuesta de Satisfacción |
|----------------|---|
| Fórmula | La Coordinación de Desarrollo Profesional evaluará la tasa de respuesta de encuestas de satisfacción <ul style="list-style-type: none"> • <30%: 0 (0%) • ≥30%: 1 (5%) • ≥40%: 2 (15%) • ≥ 50%: 3 (20%) |
| Fuente | Coordinación de Desarrollo Profesional |
| Meta | Superior al 50% |

5.3. Pertinencia de la formación continuada

| 5.3. | Pertinencia de la Formación Continuada |
|----------------|--|
| Fórmula | Cada Área de Salud realizará el 100% de las actividades formativas en Prevención de Riesgos Laborales indicadas desde la Coordinación de Desarrollo Profesional: <ul style="list-style-type: none"> • Si: 3 (30%) • No: 0 (0%) |
| Fuente | Aplicativo SIAFOC |
| Meta | 100% de las actividades propuestas |

Acuerdo de Gestión 2016

Anexo 6

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

ANEXO 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

| 6.1 | Cumplimiento del gasto en sustituciones y gasto en personal eventual |
|----------------|--|
| Fórmula | Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado |
| Fuente | Secretaría General Técnica |
| Meta | ≤ 100% Presupuesto asignado: 5.223.232 € |

| 6.2 | Cumplimiento del gasto en productos farmacéuticos |
|----------------|--|
| Fórmula | Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario |
| Fuente | Secretaría General Técnica |
| Meta | ≤ 100% Presupuesto asignado: 13.528.784 € |

| 6.3 | Cumplimiento del gasto en material sanitario |
|----------------|--|
| Fórmula | Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario |
| Fuente | Secretaría General Técnica |
| Meta | ≤ 100% Presupuesto asignado: 10.409.940 € |

| 6.4 | Cumplimiento del gasto en conciertos |
|----------------|--|
| Fórmula | Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos |
| Fuente | Secretaría General Técnica |
| Meta | ≤ 100% Presupuesto asignado: 12.967.873 € |

| 6.5 | Cumplimiento del gasto en receta farmacéutica |
|----------------|---|
| Fórmula | Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica |
| Fuente | Secretaría General Técnica |
| Meta | ≤ 100% Presupuesto asignado: 39.105.931 € |

| 6.6 | Cumplimiento en facturación en convenios comunitarios |
|----------------|--|
| Fórmula | Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios |
| Fuente | Secretaría General Técnica |
| Meta | ≥ 100% Objetivo asignado: 487.889 € |

| 6.7 | Cumplimiento en 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 |
| Meta | ≥ 100% Objetivo asignado: 1.089.087 € |

ACUERDO DE GESTIÓN 2016

