

# ACUERDO DE GESTIÓN

Gerencia del Área de Salud III



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad

2017



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....  | 5  |
| ANTECEDENTES .....  | 5  |
| OBJETIVOS .....   | 6  |
| EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....   | 8  |
| ESTIPULACIONES .....  | 11 |
| INDICADORES .....   | 13 |
| ANEXO 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO DE GESTIÓN A TODA EL ÁREA DE SALUD .....                       | 16 |
| ANEXO 2 MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA .....                     | 18 |
| 2.1 Calidad Percibida .....   | 18 |
| 2.2 Procesos Asistenciales .....  | 21 |
| 2.2.1 Síndrome coronario agudo (SCA) .....  | 21 |
| 2.2.2 Atención al Parto .....   | 22 |
| 2.2.3 Impulsar la lactancia materna .....   | 22 |
| 2.2.4 Cáncer .....  | 23 |
| 2.2.5 EPOC.....   | 24 |
| 2.2.6 Diabetes .....  | 25 |
| 2.2.7 Ictus isquémico .....   | 26 |
| 2.2.8 Factores de riesgo cardiovascular .....   | 26 |
| 2.2.9 Enfermedad tromboembólica .....   | 27 |
| 2.2.10 Salud mental .....   | 28 |
| 2.2.11 Cuidados Paliativos a domicilio.....   | 29 |
| 2.3 Calidad de los Cuidados .....   | 30 |
| 2.3.1 Cuidados hospitalarios .....  | 30 |
| 2.3.2 Cuidados en pacientes inmovilizados en domicilio .....                                  | 32 |
| 2.3.3 Cuidados en personas mayores .....  | 33 |
| 2.3.4 Programa de vacunaciones .....  | 33 |
| 2.3.5 Atención a crónicos .....   | 34 |
| 2.4 Seguridad del paciente .....  | 35 |
| 2.4.1 Sistema de notificación de incidentes.....  | 35 |
| 2.4.2 Seguridad en el paciente quirúrgico.....  | 35 |
| 2.4.3. Infección relacionada con la atención sanitaria .....                                  | 36 |
| 2.4.4 Higiene de manos .....  | 36 |
| 2.4.5 Seguridad de los medicamentos .....   | 37 |
| ANEXO 3 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS.....            | 39 |
| 3.1 Accesibilidad .....   | 40 |
| 3.2 Eficiencia .....  | 42 |
| ANEXO 4 USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS .....  | 44 |
| 4.1 Variabilidad en el uso de medicamentos .....  | 44 |
| 4.2 Monitorización y mejora de indicadores de URM.....  | 44 |
| 4.2.1 Prescripción de antibióticos .....  | 44 |
| 4.2.2 Prescripción de calidad en fármacos específicos .....                                   | 44 |
| ANEXO 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES ..... | 48 |

|  |    |
|--|----|
| 5.1. Formación sanitaria especializada .....             | 48 |
| 5.2. Formación continuada .....                          | 49 |
| 5.3. Pertinencia de la formación continuada .....        | 50 |
| ANEXO 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA ..... | 52 |
| 6.1 Presupuesto.....                                     | 52 |
| 6.2 Incapacidad Transitoria .....                        | 53 |

## 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, está pendiente la elaboración de un nuevo Plan de Salud así como la Estrategia del Servicio Murciano de Salud para el período que comienza en 2018. Una vez que se haya definido este marco estratégico se procederá a elaborar un nuevo modelo de Acuerdo de Gestión que permita llevar adelante las tareas que corresponden al Servicio Murciano de Salud para la ejecución de los objetivos y líneas estratégicas marcadas.

Por todo ello, para el ejercicio 2017 los objetivos del Acuerdo de Gestión se mantienen en la línea de 2016 poniendo 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 calidad y seguridad de la atención sanitaria.

## OBJETIVOS

1

### **Despliegue 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 acuerdos 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 eficiencia 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 2017 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

|   |  | 2017 |
|---|--|------|
| 1 | Despliegue del Acuerdo de Gestión  | 40   |
| 2 | Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.                                 | 270  |
| 3 | Evaluación de la accesibilidad y eficiencia de los recursos                                  | 150  |
| 4 | Uso racional de los medicamentos.  | 50   |
| 5 | Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.             | 40   |
| 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                             | 21,1%      | 95         |
| Material sanitario                                | 21,1%      | 95         |
| Conciertos  | 5%         | 22,5       |
| Receta farmacéutica                               | 12,2%      | 55         |
| Facturación en convenios y recaudación a terceros | 5%         | 22,5       |
| Control IT  | 10%        | 2,22       |

\*\*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.



Los objetivos del cumplimiento presupuestario se evaluarán en función del cumplimiento del presupuesto asignado con una tolerancia del 3% para el indicador de personal y un 5% para los indicadores de Farmacia Hospitalaria, Material Sanitario, Conciertos y Receta Farmacéutica.

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, al menos, dos evaluaciones para el seguimiento del cumplimiento del Acuerdo de Gestión, una a finales del primer semestre del año y otra al cierre del ejercicio. A dichas evaluaciones 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 estas dos evaluaciones, se introducirán progresivamente herramientas que permitan aproximarse a un proceso de evaluación continua a lo largo del año, ya sea de forma global o en algún ámbito particular del Acuerdo de Gestión.



## REUNIDOS

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

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2017, 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 2017 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 2017.

### Tercera - Objetivos

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

1. Despliegue del Acuerdo de Gestión.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y eficiencia 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 10 de marzo de 2017

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD III  
LORCA

D. Francisco Agulló Roca.

Dña. Catalina Lorenzo Gabarrón.



## **Acuerdo de Gestión 2017**

---

### **INDICADORES**

---



## **Acuerdo de Gestión 2017**

### **Anexo 1**

---

## **Despliegue del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud**

---

## ANEXO 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO DE GESTIÓN A TODA EL ÁREA DE SALUD

| <b>1.1.1</b>   | <b>Despliegue de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Número de servicios/unidades/ equipos de atención primaria que firman acuerdos de gestión con su Gerencia de Área incluyendo la designación de referentes de calidad y seguridad x 100 / Total de servicios/unidades/equipos de atención primaria |
|                | Los acuerdos de gestión estarán firmados antes del 30 de mayo de 2017 y se levantará acta de la firma de cada uno de los acuerdos   |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | 100%  |



## **Acuerdo de Gestión 2017**

### **Anexo 2**

---

---

## **MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

---

---

## 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:

|  |     |
|--|-----|
| 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.

| 2.1.1          | Acciones documentadas sobre mejora de la calidad   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Número de acciones de mejora realizados y documentadas en el año en el Área de Salud, de las propuestas por la SGCASE* |
| <b>Fuente</b>  | Informe de actividades realizadas debidamente documentadas   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 2 para las Áreas III, IV, V, VIII y IX<br>≥ 3 para las Áreas I, II, VI y VII   |

| 2.1.2          | Satisfacción en Atención Primaria   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Usuarios que califican con 8 o más su satisfacción con el Centro de Salud x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria   |
| <b>Meta</b>    | 80%   |

| 2.1.3          | Accesibilidad General en Atención Primaria   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria                          |
| <b>Meta</b>    | 80%  |

| 2.1.4          | Calidad científico-técnica del personal del área de administración en Atención Primaria |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones    |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria                             |
| <b>Meta</b>    | 80%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.5</b>   | <b>Satisfacción en el Área Médica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Médicos                                     |
| <b>Meta</b>    | 90%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.6</b>   | <b>Información en el Área Médica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Médicos                          |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.7</b>   | <b>Organización en el Área Médica</b>  |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Médicos                          |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.8</b>   | <b>Satisfacción en el Área Quirúrgica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos                                 |
| <b>Meta</b>    | 90%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.9</b>   | <b>Información en el Área Quirúrgica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos                      |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.10</b>  | <b>Organización en el Área Quirúrgica</b>  |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos                      |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.11</b>  | <b>Satisfacción en el Área Obstétrica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos                                 |
| <b>Meta</b>    | 90%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.12</b>  | <b>Información en el Área Obstétrica</b>   |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos                      |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.13</b>  | <b>Organización en el Área Obstétrica</b>  |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos                      |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.14</b>  | <b>Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el área de Urgencias del hospital x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios de Urgencias Hospitalarios  |
| <b>Meta</b>    | 90%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.1.15</b>  | <b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes a los que el tiempo que esperaron para el primer contacto les pareció poco o muy poco x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios de Urgencias Hospitalarios  |
| <b>Meta</b>    | 90%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.16</b>  | <b>Información en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>                             |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios de Urgencias Hospitalarios       |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.17</b>  | <b>Satisfacción en el Área de Consultas Externas</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el área de Consultas Externas del hospital x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas   |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.18</b>  | <b>Accesibilidad en el Área de Consultas Externas</b>                                |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas                         |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.1.19</b>  | <b>Información en el Área de Consultas Externas</b>                                  |
| <b>Fórmula</b> | $\Sigma$ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones |
| <b>Fuente</b>  | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas                         |
| <b>Meta</b>    | 90%  |

## 2.2 Procesos Asistenciales

### 2.2.1 Síndrome coronario agudo (SCA)

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.1.1</b> | <b>Terapia fibrinolítica adecuada</b>   |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD, SELENE e Historia clínica 061   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.1.2</b> | <b>Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con capacidad de repercusión</b>  |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.1.3</b> | <b>Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde la puerta del hospital PCI (con capacidad de realizar angioplastia)</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta del hospital PCI hasta la angioplastia es de 60 minutos ó menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST con realización de angioplastia primaria |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.1.4</b> | <b>Adecuación tiempo DIDO (tiempo transcurrido desde que un paciente llega a un hospital sin capacidad para realizar angioplastia hasta que es trasladado a un hospital con capacidad)</b>  |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.1.5</b> | <b>Prescripción de medicación al alta en SCACEST</b>  |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 90%   |

| 2.2.1.6        | Prescripción de medicación al alta en SCASEST   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥80%  |

## 2.2.2 Atención al Parto

| 2.2.2.1        | Episiotomías en partos eutócicos                                   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Episiotomías en partos eutócicos x 100 / Total de partos eutócicos |
| <b>Fuente</b>  | SELENE y CMBD  |
| <b>Meta</b>    | < 25%  |

| 2.2.2.2        | Partos por cesáreas                         |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Partos por cesáreas x 100 / Total de partos |
| <b>Fuente</b>  | CMBD  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 22%                                       |

| 2.2.2.3        | Puérperas con visita realizada   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Puérperas a las que se realiza anamnesis y exploración en la visita puerperal en los 10 días siguientes al parto x 100 / Mujeres que han tenido un parto (W84, W90, W91, W92, W93) |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | 50%  |

## 2.2.3 Impulsar la lactancia materna

| 2.2.3.1        | Contacto precoz madre-recién nacido  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SELENE y CMBD  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%  |

| 2.2.3.2        | Inicio temprano de la lactancia materna  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Recién nacidos que son amamantados en la primera hora de vida x 100 / Recién nacidos en gestantes de 37 a 41 semanas completas |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥75%   |

| 2.2.3.3        | Tasa de lactancia materna exclusiva al alta  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥75%   |

| <b>2.2.3.4</b> | <b>Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida</b>                                    |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Niños/as que han cumplido los 6 meses que son alimentados con lactancia materna x 100 / Total de niños/as de 6 meses |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 30%  |

| <b>2.2.3.5</b> | <b>Planes de Cuidados entre 0-2 años</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Niños/as de 0 a 2 años con seguimiento del plan de cuidados x 100 / Niños/as de 0 a 2 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 40%  |

## 2.2.4 Cáncer

| <b>2.2.4.1</b> | <b>Evaluación por el comité de cancer</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluados por el Comité de Cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | 100%   |

| <b>2.2.4.2</b> | <b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

| <b>2.2.4.3</b> | <b>Intervalo entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante en cáncer de mama</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥90%  |

| <b>2.2.4.4</b> | <b>Evaluación por el comité de cáncer colorrectal</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han sido evaluados por el Comité de Cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | 100%   |

| 2.2.4.5        | Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥90%   |

## 2.2.5 EPOC

| 2.2.5.1        | Diagnóstico de EPOC  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC x 100 / Personas mayores de 40 años. |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | 5%   |

| 2.2.5.2        | Adecuación diagnóstica de EPOC   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

| 2.2.5.3        | Seguimiento de pacientes con EPOC   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 20 %  |

| 2.2.5.4        | Adiestramiento en terapia inhalatoria  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 20 %   |

| 2.2.5.5        | Vacunación frente a la gripe  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%   |

| 2.2.5.6        | Vacunación frente al neumococo  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%   |



| 2.2.5.7        | Control del tabaquismo   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%  |

| 2.2.5.8        | Consejo de deshabituación tabáquica  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 20 %   |

| 2.2.5.9        | Plan de cuidados a pacientes con EPOC  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de estudio x 100 / Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 40 %   |

## 2.2.6 Diabetes

| 2.2.6.1        | Cribado factores de riesgo de Diabetes   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 45 años con test de Findrisk realizado en el segundo semestre x 100/ Pacientes mayores de 45 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 15%  |

| 2.2.6.2        | Determinación de hemoglobina glicosilada   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%  |

| 2.2.6.3        | A. Control metabólico en diabéticos  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥50%   |

| 2.2.6.4        | B. Control metabólico en diabéticos  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | <10%   |

| 2.2.6.5        | Planes de Cuidados a Pacientes Diabéticos   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes diabéticos con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes diagnosticados de diabetes |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥35%  |

| 2.2.6.6        | Prevención del pie diabético   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 20 %   |

## 2.2.7 Ictus isquémico

| 2.2.7.1        | Reperusión en pacientes con ictus   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes dados de alta con ictus cerebral isquémico que han sido reperfundidos x 100/ Pacientes dados de alta con ictus cerebral isquémico |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 15%   |

| 2.2.7.2        | Tiempo puerta-aguja en pacientes con ictus isquémico   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 90% aplicable a las Áreas I y II   |

## 2.2.8 Factores de riesgo cardiovascular

| 2.2.8.1        | Cribado de hábito tabáquico   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes mayores de 14 años con registro del hábito tabáquico en los últimos 24 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥20%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.8.2</b> | <b>Control de tensión arterial (TA) en los 6 primeros años de vida</b>   |
| <b>Fórmula</b> | Niños/as de 6 años que cuentan con al menos un registro en la historia clínica de TA x 100 / Total de niños/as de 6 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥25%   |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>2.2.8.3</b> | <b>Tasa de sobrepeso/obesidad infantil</b>  |
| <b>Fórmula</b> | Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad x 100 / Total de niños/as de 2 a 14 años |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | ≥25%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.8.4</b> | <b>Control en pacientes hipertensos</b>  |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥35%   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.8.5</b> | <b>Planes de Cuidados a pacientes hipertensos</b>  |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 25%  |

## 2.2.9 Enfermedad tromboembólica

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.9.1</b> | <b>Riesgo de enfermedad tromboembólica y de sangrado</b>   |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 30%  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>2.2.9.2</b> | <b>Profilaxis tromboembólica adecuada</b>  |
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%  |

| 2.2.9.3        | Profilaxis tromboembólica adecuada al alta   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | CMBD y SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%  |

## 2.2.10 Salud mental

| 2.2.10.1       | Continuidad asistencial hospitalaria   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SELENE y CMBD  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 90%  |

| 2.2.10.2       | Continuidad asistencial Centro de Salud Mental (CSM)- Centro de Atención a la Drogadicción (CAD)                          |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes derivados por consulta desde el CSM al CAD que acuden a la cita x 100 / Pacientes derivados por consulta al CAD |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 70%   |

| 2.2.10.3       | Continuidad asistencial CAD-CSM  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥80%   |

| 2.2.10.4       | Seguimiento  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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<br>Desagregación:<br>- Centro de Salud Mental<br>- CAD |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | 80%  |

| 2.2.10.5       | Elaboración Plan de Actuación Coordinada (PAC)   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | 100%   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>2.2.10.6</b> | <b>Abandonos Trastorno Mental Grave (TMG)</b>   |
| <b>Fórmula</b>  | Pacientes con diagnóstico de TMG que no acuden a su cita en 12 meses o más x 100 / Pacientes con diagnóstico de TMG |
| <b>Fuente</b>   | SELENE  |
| <b>Meta</b>     | Reducción $\leq 3\%$ respecto al año anterior   |

## 2.2.11 Cuidados Paliativos a domicilio

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>2.2.11.1</b> | <b>Pacientes registrados en programa de cuidados paliativos (Detectados en Atención Primaria)</b>  |
| <b>Fórmula</b>  | 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) |
| <b>Fuente</b>   | ESAD-ESAH y OMI  |
| <b>Meta</b>     | $\geq 75\%$  |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>2.2.11.2</b> | <b>Pacientes ingresados en programa de cuidados paliativos (Detectados en Atención Hospitalaria)</b>  |
| <b>Fórmula</b>  | Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos hospitalarios en Selene (V66.7) que tienen cumplimentado el formulario de cuidados paliativos de Selene x 100 / Pacientes incluidos en el Programa de Paliativos hospitalarios en Selene (V66.7) |
| <b>Fuente</b>   | ESAD-ESAH, SELENE y CMBD  |
| <b>Meta</b>     | $\geq 95\%$   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>2.2.11.3</b> | <b>Fallecidos en domicilio</b>  |
| <b>Fórmula</b>  | Pacientes que mueren en domicilio x 100 / Pacientes en Programa de Paliativos a domicilio |
| <b>Fuente</b>   | ESAD-ESAH   |
| <b>Meta</b>     | $\geq 65\%$   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>2.2.11.4</b> | <b>Estancia desde fecha de inclusión al programa</b>   |
| <b>Fórmula</b>  | $\sum$ de días desde la inclusión del paciente en el Programa de Paliativos (V66.7) hasta el alta del paciente x 100 / Altas de los pacientes incluidos en el Programa de Paliativos (V66.7) |
| <b>Fuente</b>   | ESAH y SELENE  |
| <b>Meta</b>     | $\leq 14$ días   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>2.2.11.5</b> | <b>Pacientes en programa de cuidados paliativos a domicilio ingresados</b>  |
| <b>Fórmula</b>  | 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 |
| <b>Fuente</b>   | OMI, SELENE y CMBD  |
| <b>Meta</b>     | $\leq 15\%$   |

## 2.2.12 Indicadores de “No hacer”

| <b>2.2.12.1</b> | <b>Prescripción de radiografía de tórax en pacientes con bajo riesgo anestésico</b>  |
|-----------------|--|
| Fórmula         | Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha prescrito radiografía de tórax100/ Pacientes menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) |
| Fuente          | Selene   |
| Meta            | ≤10%   |

| <b>2.2.12.2</b> | <b>Sondaje vesical en pacientes con cirugía gastrointestinal</b>   |
|-----------------|--|
| Fórmula         | Paciente con sondaje vesical más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal x 100/ Pacientes con cirugía gastrointestinal |
| Fuente          | Selene   |
| Meta            | ≤15%   |

| <b>2.2.12.3</b> | <b>Cirugía de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años</b>   |
|-----------------|--|
| Fórmula         | Paciente mayores de 65 años con cirugía de cadera realizada con posterioridad a las 48 horas desde el ingreso x100/ Pacientes mayores de 65 años ingresados de manera urgente por fractura de cadera |
| Fuente          | CMBD<br>Selene   |
| Meta            | ≤15%   |

## 2.3 Calidad de los Cuidados

### 2.3.1 Cuidados hospitalarios

| <b>2.3.1.1</b> | <b>Plan de Acogida</b>  |
|----------------|---|
| Fórmula        | Pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas |
| Fuente         | SELENE  |
| Meta           | ≥ 90%   |

| <b>2.3.1.2</b> | <b>Valoración temprana del riesgo de UPP</b>  |
|----------------|---|
| Fórmula        | Pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 horas x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas |
| Fuente         | SELENE  |
| Meta           | ≥ 95%   |

| <b>2.3.1.3</b> | <b>Pacientes con UPP desarrolladas durante la estancia hospitalaria</b>  |
|----------------|--|
| Fórmula        | Pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso x 100 / Pacientes ingresados más de 2 días en el momento del estudio |
| Fuente         | SELENE   |
| Meta           | ≤ 2,5%   |

| 2.3.1.4        | Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes ingresados en el hospital con UPP x 100 / Pacientes ingresados en el momento del estudio |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 5%   |

| 2.3.1.5        | Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes ingresados en UCI con UPP x 100 / Pacientes ingresados en UCI en el momento del estudio |
| <b>Fuente</b>  | Historia clínica  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 10%   |

| 2.3.1.6        | Valoración temprana del riesgo de Caídas  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes con valoración de riesgo de Caída en las primeras 24 horas x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 95%   |

| 2.3.1.7        | Caídas notificadas en pacientes hospitalizados  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Caídas notificadas en pacientes hospitalizados x 100 / Altas hospitalarias en el periodo de estudio |
| <b>Fuente</b>  | SELENE / SINASP   |
| <b>Meta</b>    | < 1%  |

| 2.3.1.8        | Flebitis  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes portadores de catéter venoso periférico con flebitis x 100 / Pacientes portadores de catéter venoso periférico ingresados |
| <b>Fuente</b>  | SELENE  |
| <b>Meta</b>    | <10%  |

| 2.3.1.9        | Extravasación  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes portadores de catéter venoso periférico con extravasación x 100 / Pacientes portadores de catéter venoso periférico ingresados |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | <10%   |

| 2.3.1.10       | Altas hospitalarias con informe de continuidad de cuidados   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Informe de continuidad de cuidados realizados al alta hospitalaria x 100 / Altas hospitalarias en el periodo de estudio<br>Desagregado:<br>Altas de Maternidad<br>Altas de Pediatría<br>Altas de hospitalización general |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 70%  |

| <b>2.3.1.11</b> | <b>Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados</b> |
|-----------------|---|
| <b>Fórmula</b>  | Número de actividades documentadas sobre mejora de la calidad en un año                 |
| <b>Fuente</b>   | Informe de actividades  |
| <b>Meta</b>     | $\geq 3$  |

## 2.3.2 Cuidados en pacientes inmovilizados en domicilio

| <b>2.3.2.1</b> | <b>Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio</b>  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas consta el registro de la Identificación de la persona cuidadora x100 / Pacientes inmovilizados |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP   |
| <b>Meta</b>    | $\geq 20\%$  |

| <b>2.3.2.2</b> | <b>Valoración Inicial en pacientes inmovilizados</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes inmovilizados con valoración inicial realizada y registrada en la historia clínica OMI x 100 / Pacientes inmovilizados |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP   |
| <b>Meta</b>    | $\geq 30\%$  |

| <b>2.3.2.3</b> | <b>Valoración de la sobrecarga del cuidador</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | $\geq 20\%$   |

| <b>2.3.2.4</b> | <b>Valoración de la situación sociofamiliar</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro de la Valoración de la situación socio familiar mediante “test de Gijón” x 100 / Pacientes inmovilizados |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | $\geq 60\%$   |

| <b>2.3.2.5</b> | <b>Valoración funcional</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | $\geq 70\%$   |

| <b>2.3.2.6</b> | <b>Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de úlceras por presión en la primera visita mediante escala de valoración x 100 / Pacientes inmovilizados |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | $\geq 50\%$   |



| 2.3.2.7        | Prevalencia de UPP en pacientes inmovilizados   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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. |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 8%  |

| 2.3.2.8        | Vacunación gripe en pacientes inmovilizado  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes inmovilizados vacunados contra la gripe x 100 / Pacientes inmovilizados |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%   |

| 2.3.2.9        | Planes de Cuidados a Pacientes Inmovilizados  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes inmovilizados con seguimiento del plan de cuidados durante el periodo de evaluación x 100 / Pacientes de inmovilizados registrados en OMI |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 65%   |

| 2.3.2.10       | Actividades grupales  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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. |
| <b>Fuente</b>  | "Informe de la Gerencia" que deberá cumplimentar una ficha, especificando la actividad desarrollada   |
| <b>Meta</b>    | Informe de la Gerencia  |

### 2.3.3 Cuidados en personas mayores

| 2.3.3.1        | Detección de personas mayores de riesgo   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | OMI-AP  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 25%   |

### 2.3.4 Programa de vacunaciones

| 2.3.4.1        | Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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. |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 95%  |

| 2.3.4.2        | Cobertura de vacunación frente al meningococo C  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Niños de 12 años correctamente vacunados frente al meningococo C x100 / Total de niños de 12 años. |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones                             |
| <b>Meta</b>    | ≥ 85%  |

| <b>2.3.4.3</b> | <b>Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)</b>                           |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Niñas de 13 años que han recibido la 1ª dosis frente al VPH C x100 / Total de niñas de 13 años |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones                         |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%  |

| <b>2.3.4.4</b> | <b>Cobertura de vacunación frente a la gripe</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Personas de 64 años o más vacunados frente a la gripe x 100 / Personas de 64 años o más |
| <b>Fuente</b>  | Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones                  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%   |

### 2.3.5 Atención a crónicos

| <b>2.3.5.1</b> | <b>Pacientes crónicos atendidos por enfermería</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 x 100 / Pacientes mayores de 14 años incluidos en los servicios de HTA, EPOC, DM, Obesidad, Inmovilizados e Hiperlipidemias |
| <b>Fuente</b>  | OMI   |
| <b>Meta</b>    | 40%   |

| <b>2.3.5.2</b> | <b>Pacientes atendidos a domicilio por enfermera/día<br/>Pacientes crónicos atendidos por enfermería</b> |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Total de atenciones a domicilio por enfermera/o x 100 / Número de enfermeros por días de consulta.       |
| <b>Fuente</b>  | OMI  |
| <b>Meta</b>    | ≥3   |

## 2.4 Seguridad del paciente

### 2.4.1 Sistema de notificación de incidentes

| 2.4.1.1        | SINAPS en Atención Hospitalaria   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Incremento de las notificaciones realizadas en el año que se evalúa respecto a las realizadas el año anterior |
| <b>Fuente</b>  | SINAPS  |
| <b>Meta</b>    | ≥5%   |

| 2.4.1.2        | SINAPS en Atención Primaria  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SINAPS   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 85%  |

| 2.4.1.3        | Análisis Causa Raíz   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes con riesgo finalizados x 100 / Total de incidentes con riesgo                       |
| <b>Fuente</b>  | SINAPS  |
| <b>Meta</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con riesgo extremo (SAC1) :100%</li> <li>- Con riesgo alto (SAC2): ≥75%</li> </ul> |

### 2.4.2 Seguridad en el paciente quirúrgico

| 2.4.2.1        | Infección en cirugía  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | De acuerdo con el programa de Cirugía Segura y el proyecto Infección Quirúrgica Zero, del Sistema Nacional de Salud, se evaluarán los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica</li> <li>• Adecuación de la profilaxis tromboembólica</li> <li>• Profilaxis antibiótica</li> <li>• Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%</li> <li>• Eliminación correcta del vello</li> </ul> |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | Informe   |

| 2.4.2.2        | Infección de herida quirúrgica tras cirugía colorrectal  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 10%  |

| 2.4.2.3        | Infección tras cirugía ortopédica de prótesis  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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. |
| <b>Fuente</b>  | SELENE   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 4%   |

### 2.4.3. Infección relacionada con la atención sanitaria

| 2.4.3.1        | Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | Historia clínica   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 4%   |

| 2.4.3.2        | Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV)   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Número de NAV en un periodo de tiempo x 1000 / Sumatorio de días de ventilación mecánica en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo. |
| <b>Fuente</b>  | Historia clínica   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 9%   |

### 2.4.4 Higiene de manos

| 2.4.4.1        | % de camas con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención                  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Nº de camas de la CCAA con PBA en el punto de atención x 100 / Nº total de camas de la CCAA |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | 90%   |

| 2.4.4.2        | Consumo PBA en hospitalización                              |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Nº litros entregados x 1000 / Nº pacientes-días (estancias) |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    |   |

| 2.4.4.3        | Consumo PBA en centros de atención primaria           |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Nº litros PBA entregados x 10.000 / nº consultas-días |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    |   |

## 2.4.5 Seguridad de los medicamentos

| <b>2.4.5.1</b> | <b>Autoevaluación ISMP</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación (ISMP) |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia  |
| <b>Meta</b>    | Informe de actividades realizadas debidamente documentado                         |

| <b>2.4.5.2</b> | <b>Medicamentos de alto riesgo</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Existencia de protocolos actualizados para medicamentos de alto riesgo (MAR)<br>Listado de MAR de uso hospitalario<br>Listado de MAR de uso hospitalario en urgencias<br>Listado de MAR de uso hospitalario para pacientes polimedicados |
| <b>Fuente</b>  | Gerencia   |
| <b>Meta</b>    | Informe debidamente documentado  |

| <b>2.4.5.3</b> | <b>Conciliación terapéutica</b>   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Evaluación del protocolo de conciliación terapéutica y Número de servicios hospitalarios dónde se aplica conciliación terapéutica |
| <b>Fuente</b>  | Informe de actividades realizadas debidamente documentado   |
| <b>Meta</b>    | ≥1  |



## **Acuerdo de Gestión 2017**

### **Anexo 3**

---

---

## **EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y EFICIENCIA DE LOS RECURSOS**

---

---

## ANEXO 3 EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS

### 3.1 Accesibilidad

| <b>3.1.1</b>   | <b>Pacientes quirúrgicos con espera mayor 365 días</b>   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SIS - RD605 (PIN - SELENE)   |
| <b>Meta</b>    | 0  |

| <b>3.1.2</b>   | <b>Pacientes quirúrgicos, prioridad 1 con espera mayor 30 días</b>  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | SIS - RD605 (PIN - SELENE)  |
| <b>Meta</b>    | 0   |

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

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



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

  

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

  

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3.1.7</b>   | <b>Pacientes en espera para atención en CSM/CAD</b>   |
| <b>Fórmula</b> | <p>Pacientes derivados desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental para la primera visita que esperan 50 días o más para ser atendidos x 100 / Pacientes derivados desde Atención primaria al Centro de Salud Mental para la primera cita</p> |
| <b>Fuente</b>  | Desagregación:<br>CSM/CAD   |
| <b>Meta</b>    | 0   |

  

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

  

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

### 3.2 Eficiencia

| 3.2.1          | Rendimiento quirúrgico  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última de la sesión (Tiempo bruto)/ Tiempo asignado en la planificación de cada sesión.(Tiempo disponible) |
| <b>Fuente</b>  | SIN (PIN-SELENE)  |
| <b>Meta</b>    | % de ocupación bruta $\geq 75$ %.   |

| 3.2.2          | Suspensiones del acto quirúrgico  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | $\frac{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas con estado "suspendida"} / \text{Intervenciones quirúrgicas programadas}}{1}$ |
| <b>Fuente</b>  | SIN (PIN-SELENE)  |
| <b>Meta</b>    | < 5%  |

| 3.2.3          | Adecuación de la estancia preoperatoria  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | $\frac{\text{Pacientes intervenidos el mismo día ó al día siguiente del ingreso} \times 100}{\text{Pacientes ingresados para cirugía programada}}$ |
| <b>Fuente</b>  | CMBD   |
| <b>Meta</b>    | Reducción del 20% respecto al año anterior   |

| 3.2.4          | Ambulatorización de procesos quirúrgicos   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | $\frac{\text{Pacientes con intervenciones quirúrgicas realizadas por cirugía mayor ambulatoria (estancia de 0 días)} \times 100}{\text{Pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas en los procedimientos potencialmente ambulatorizables}}$ |
| <b>Fuente</b>  | CMBD   |
| <b>Meta</b>    | Incremento de 10% respecto al año anterior   |

## Acuerdo de Gestión 2017

### Anexo 4

---

## USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

---

## ANEXO 4 USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

### 4.1 Variabilidad en el uso de medicamentos

| 4.1.1          | Variabilidad en el uso de medicamentos  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | 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 |
| <b>Fuente</b>  | Informe de actividades realizadas debidamente documentado, incluyendo resultados de las acciones implementadas  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 1 Áreas III, VI, V, VIII y IX<br>≥ 2 Áreas I, II, VI y VII  |

### 4.2 Monitorización y mejora de indicadores de URM

#### 4.2.1 Prescripción de antibióticos

| 4.2.1.1        | DHD Antibióticos   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD de antibióticos prescritas en el periodo x 1.000 / Habitantes del Área |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 20   |

| 4.2.1.2        | Amoxicilina-Clavulánico prescrita en pediatría  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | DDD de amoxicilina-clavulánico prescritas en pediatría x 100 / Total DDD de penicilina prescrita en pediatría |
| <b>Fuente</b>  |   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 50%   |

| 4.2.1.3        | Macrólidos prescritos en pediatría   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD de macrólidos prescritos en pediatría x 100 / Total DDD de antibióticos sistémicos prescritos en pediatría |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 7%   |

#### 4.2.2 Prescripción de calidad en fármacos específicos

| 4.2.2.1        | Medicamentos comercializados en últimos 5 años sin aportación relevante (NMSAR) |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | DDD de NMSAR prescritas x 100 / DDD de medicamentos prescritas                  |
| <b>Fuente</b>  |   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 2%  |

| 4.2.2.2        | IECA   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD de IECA solos o asociados a tiazidas prescritas x 100 / DDD de IECA y ARA II solos o asociados a tiazidas prescritas |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%  |

| 4.2.2.3        | Antidiabéticos orales  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD Metformina o sulfonilureas x 100 / DDD antidiabéticos orales prescritos. |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%  |

| 4.2.2.4        | DHD Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)                     |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | DDD de IBP prescritas en el periodo x 1.000 / Habitantes del área |
| <b>Fuente</b>  |   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100   |

| 4.2.2.5        | Antiasmáticos en Medicina de Familia   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD de B2-adrenérgicos de larga duración asociados a corticoides prescritos en AP x 100 / DDD de antiasmáticos en AP |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 20%  |

| 4.2.2.6        | Antiasmáticos en Pediatría: antagonistas de los receptores de leucotrienos                             |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD de antileucotrienos prescritas por pediatras x 100 / DDD de antiasmáticos prescritas por pediatras |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 12%  |

| 4.2.2.7        | Anticoagulantes orales  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | DDD acenocumarol + warfarina x 100 / DDD anticoagulantes orales |
| <b>Fuente</b>  |   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 80%   |

| 4.2.2.8        | Antipsicóticos   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | DDD de risperidona + olanzapina prescritas x 100 / DDD antipsicóticos atípicos |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 60%  |

| 4.2.2.9        | Receta electrónica   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Recetas dispensadas mediante receta electrónica x 100 / Total de recetas dispensadas |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 70%  |

| 4.2.2.10       | Cumplimentación de formularios/Protocolos sometidos a evaluación de resultados en Salud  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Número de pacientes en tratamiento con sacubitrilo+valsartán con protocolo OMI o formulario Selene cumplimentado *100 / Número de pacientes en tratamiento con sacubitrilo+valsartán |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Meta</b>    | ≥ 100%   |

| <b>4.2.2.11</b> | <b>Cumplimentación de formularios/Protocolos sometidos a evaluación de resultados en Salud</b>   |
|-----------------|--|
| <b>Fórmula</b>  | Número de pacientes en tratamiento con evolucumab/alirocumab con formulario Selene cumplimentado *100 / Número de pacientes en tratamiento con evolucumab/alirocumab |
| <b>Fuente</b>   |  |
| <b>Meta</b>     | ≥ 100%   |

| <b>4.2.2.12</b> | <b>Prescripción y dispensación de medicamentos biosimilares en receta médica oficial</b>   |
|-----------------|--|
| <b>Fórmula</b>  | DDD de fármacos biosimilares dispensados mediante receta médica *100 / DDD de fármacos con ATC que tenga alguna especialidad biosimilar dispensados mediante receta médica |
| <b>Fuente</b>   |  |
| <b>Meta</b>     | ≥ 10%  |

| <b>4.2.2.13</b> | <b>Prescripción y dispensación de medicamentos biosimilares en farmacia hospitalaria</b>   |
|-----------------|--|
| <b>Fórmula</b>  | DDD de fármacos biosimilares adquiridos por los Servicios de Farmacia Hospitalaria *100 / DDD de fármacos con ATC que tenga alguna especialidad biosimilar adquiridos por los Servicios de Farmacia Hospitalaria |
| <b>Fuente</b>   |  |
| <b>Meta</b>     | ≥ 60%  |

## Acuerdo de Gestión 2017

### 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  |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | <p>La Unidad 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 (<a href="http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/BuenasPracticasFSE.htm">http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/BuenasPracticasFSE.htm</a>), que realicen una revisión e incluyan los diferentes itinerarios formativos en su caso:</p> <p>&lt;50%: 0 (0%)<br/> 50-75%: 33 (10%)<br/> 76-95%: 66 (20%)<br/> &gt;95%: 100 (30%)</p> <p>Numerador: Número de GIFT correctamente cumplimentadas<br/> Denominador: Número total de GIFT que deben tener</p> |
| <b>Fuente</b>  | Página Web de FSE: <a href="http://www.murciasalud.es/fse.php">http://www.murciasalud.es/fse.php</a>  |
| <b>Meta</b>    | 100% de las GIFT.   |

| 5.1.2          | Protocolo de Supervisión y Responsabilidad Progresiva de Residentes en Urgencias y en Otras Áreas  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | <p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará en los Protocolos de Supervisión la inclusión de los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles de supervisión generales, establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del centro docente.</li> <li>- La graduación de la supervisión de las actividades asistenciales especialmente significativas en las que participa el residente (hospitalización, consultas externas, guardias, quirófano, áreas asistenciales significativas, etc.), que procedan según la especialidad.</li> <li>- Relación de actividades más relevantes que realiza el residente, agrupadas según las áreas asistenciales especialmente significativas que procedan según la especialidad, de forma que se aprecie de manera global la disminución de la supervisión y el aumento progresivo de la responsabilidad por parte del residente durante los años de residencia.</li> <li>- Garantizar la supervisión de presencia física del R1.</li> <li>- La fecha de aprobación del protocolo de supervisión y fecha de revisión.</li> </ul> <p>▪ Si: 100 (30%)<br/> ▪ No: 0 (0%)</p> |
| <b>Fuente</b>  | Espacio Docente Idea: <a href="http://www.murciasalud.es/idea/">http://www.murciasalud.es/idea/</a>  |
| <b>Meta</b>    | 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   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | <p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará la existencia del 100% de los Planes individuales cumplimentados y entregados a los R1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;100%: 0 (0%)</li> <li>• 100%: 100 (20%)</li> </ul> <p>Numerador: Número de PIFR cumplimentados y entregados<br/>Denominador: Número total de PIFR que deben tener</p> |
| <b>Fuente</b>  | Espacio Docente Idea: <a href="http://www.murciasalud.es/idea/">http://www.murciasalud.es/idea/</a>  |
| <b>Meta</b>    | 100% de los PIFR aprobados y entregados al residente   |

| 5.1.4          | Planificación de la Evaluación Formativa   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | <p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará la implantación por parte de las Unidades Docentes del Modelo Regional de Evaluación Formativa de la Rotación cumplimentando en el Bloque I (contenidos del periodo formativo/rotación) los objetivos e indicadores de objetivo que procedan para todas las rotaciones de las especialidades acreditadas.</p> <p>El modelo de evaluación formativa de la rotación deberá estar aprobado en Comisión de Docencia y la puesta en marcha del mismo será para las promociones a partir de 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las Unidades Docentes excepto Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;100%: 0 (0%)</li> <li>○ 100%: 100 (20%)</li> </ul> </li> <li>• Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;50%: 0 (0%)</li> <li>○ ≥50%: 100 (20%)</li> </ul> </li> </ul> <p>Numerador: Número de rotaciones con el bloque I cumplimentado y entregadas<br/>Denominador: Número total de rotaciones que deben tener según las especialidades acreditadas</p> |
| <b>Fuente</b>  | Página Web de FSE: <a href="http://www.murciasalud.es/fse.php">http://www.murciasalud.es/fse.php</a>   |
| <b>Meta</b>    | 100% de implantación del modelo regional de evaluación formativa de la rotación  |

## 5.2. Formación continuada

| 5.2.1                              | Eficiencia Global   |
|------------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>                     | <p>Horas/participante*nº participantes/total profesionales/ euros por hora.</p> <p><math display="block">\text{Eficiencia INAP} + 10\% \text{ Eficiencia INAP} + E + O &gt; \overline{\text{Eficiencia INAP}}</math></p>  |
| <b>Procedimiento de evaluación</b> | <p>Si la fórmula de la suma es :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferior o igual a la <math>\overline{\text{Eficiencia INAP}}</math> : 0</li> <li>• De 0 a 9 puntos de diferencia porcentual: 25</li> <li>• De 10 a 19 puntos de diferencia porcentual: 50</li> <li>• De 20 a 35 puntos de diferencia porcentual: 75</li> <li>• Igual o más de 35: 100</li> </ul> |
| <b>Fuente de datos</b>             | <p><u>Para la identificación de los casos:</u> Aplicativo SIAFOC</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Memoria del PIFCS</p> <p>Relación de actividades con código E y O proporcionadas por cada Gerencia</p>  |
| <b>Meta</b>                        | -----   |

| 5.2.2                              | Cumplimentación Económica de las actividades formativas   |
|------------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>                     | Cumplimentación económica de las actividades formativas a través de SIAFOC, en el momento de ejecución.   |
| <b>Procedimiento de evaluación</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si se mecanizan los datos económicos de todas las actividades financiadas por INAP: 100</li> <li>▪ Si no se mecanizan los datos económicos de todas las actividades financiadas por INAP: 0</li> </ul> |
| <b>Fuente</b>                      | Aplicativo SIAFOC   |
| <b>Meta</b>                        | 100% de las actividades cumplimentadas a través de SIAFOC   |

| 5.2.3                              | Encuesta de Satisfacción   |
|------------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>                     | Las encuestas de satisfacción, se enviarán de manera masiva a través de SIAFOC, vía online, previa validación de cada área.  |
| <b>Procedimiento de evaluación</b> | La Coordinación de Desarrollo Profesional evaluará con un 100 la totalidad del envío online de las encuestas de satisfacción y con un 0 el incumplimiento de esta premisa, período evaluable, a partir del mes de junio. |
| <b>Fuente</b>                      | Encuestas de satisfacción<br>Herramienta web de encuestas online   |
| <b>Meta</b>                        | 100% del envío de las encuestas de satisfacción a través de SIAFOC   |

### 5.3. Pertinencia de la formación continuada

| 5.3.1                              | Pertinencia de la Formación Continuada   |
|------------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>                     | La Coordinación de Desarrollo Profesional propondrá las actividades formativas que denominará estratégicas y serán de obligado cumplimiento, ello implicará el 100 % en la puntuación, de no hacerlo la valoración pasará a ser nula. Actividades formativas propuestas: Prevención de Riesgos Laborales, EPOC, Violencia de género y otras. |
| <b>Procedimiento de valoración</b> | Ejecución del 100 % de las actividades estratégicas propuestas por la Coordinación de Desarrollo Profesional: 100<br>No desarrollar el 100% de las actividades estratégicas: 0   |
| <b>Fuente</b>                      | Aplicativo SIAFOC  |
| <b>Meta</b>                        | 100% de las actividades propuestas   |

## Acuerdo de Gestión 2017

### Anexo 6

---

---

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

---

---

## ANEXO 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

### 6.1 Presupuesto

| 6.1.1          | Cumplimiento del gasto en sustituciones y gasto en personal eventual |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado                   |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 6.401.155,00                            |

| 6.1.2          | Cumplimiento del gasto en productos farmacéuticos  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 14.726.198,52   |

| 6.1.3          | Cumplimiento del gasto en material sanitario   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 11.070.094,93   |

| 6.1.4          | Cumplimiento del gasto en conciertos   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 18.129.409,24   |

| 6.1.5          | Cumplimiento del gasto en receta farmacéutica   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica  |
| <b>Meta</b>    | ≤ 100% Presupuesto asignado: 39.083.201,75  |

| 6.1.6          | Cumplimiento en facturación en convenios comunitarios  |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 100% Objetivo asignado: 512.283,45   |

| 6.1.7          | Cumplimiento en recaudación en cobros a terceros   |
|----------------|--|
| <b>Fórmula</b> | Objetivo ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Objetivo asignado en recaudación en cobros a terceros |
| <b>Fuente</b>  | Secretaría General Técnica   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 100% Objetivo asignado: 1.143.541,36   |

## 6.2 Incapacidad Transitoria

| 6.2.1          | Control de IT   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Propuesta de altas médicas respondidas en plazo x 100/ Propuesta de altas médicas |
| <b>Fuente</b>  |   |
| <b>Meta</b>    | ≥ 75%   |

| 6.2.2          | Prevalencia de IT   |
|----------------|---|
| <b>Fórmula</b> | Pacientes en situación de IT x 100/ Total de población activa |
| <b>Fuente</b>  |   |
| <b>Meta</b>    | ≤ 3,85%   |

# ACUERDO DE GESTIÓN 2017

