Acuerdo de Gestión 2019

Gerencia del Área de Salud II

Región de Murcia
Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1. DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL ACUERDO DE GESTIÓN A TODA EL ÁREA DE SALUD	13
ANEXO 2. MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	17
2.1 Calidad Percibida	19
2.2 Atención hospitalaria	23
2.2.1 Código Infarto	23
2.2.2 Atención al Parto	23
2.2.3 Impulsar la lactancia materna	23
2.2.4 Cáncer	24
2.2.6 Ictus isquémico	25
2.2.7 Cuidados hospitalarios	25
2.3 Cuidados paliativos	27
2.4 Indicadores de “No hacer”	27
2.5 Atención Primaria	31
2.5.1 Atención al niño	31
2.5.2 Atención al puerperio	32
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	32
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus	33
2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares	34
2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	35
2.5.8 Atención grupal y comunitaria	35
2.5.9 Inmunizaciones programadas	36
2.5.10 Continuidad asistencial	37
2.6 Seguridad del paciente	37
2.6.1 Sistema de notificación de incidentes	37
2.6.2 Programas IRAS-PROA	37
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico	38
2.6.4 Unidades de Cuidados Intensivos	40
2.6.5 Seguridad de los medicamentos	41
2.6.6 Seguridad en Radioterapia	41
2.7 Salud mental	42
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	43
3.1 Accesibilidad	45
3.2 Uso adecuado de los recursos	48
3.3 Incapacidad temporal	49
3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta	50
ANEXO 4. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS	51
4.1 Medicina Familiar y Comunitaria	53
4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica	53
4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos	53

4.1.3 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos 54
4.2 Pediatría en Atención Primaria 56
4.2.1 Calidad basada en la selección de medicamentos 56
4.2.2 Calidad basada en el volumen de exposición de la población a medicamentos 56
4.3 Salud mental 57
4.4 Especialidades hospitalarias 57
4.4.1 Selección de medicamentos en patologías de alto impacto en el hospital 57
4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud 58
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES 61
5.1 Formación sanitaria especializada 63
5.2 Formación continuada 63
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO 65
6.1 Presupuesto 67

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS

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

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

2 Monitorizar la Calidad y Seguridad de la atención sanitaria.

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

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

3 Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.

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

4 Uso racional de los medicamentos.

El uso racional de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el

paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser seguro, eficaz y de una calidad contrastada (ANEXO 4).

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

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

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

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

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos.

El Acuerdo de Gestión de 2019 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2019
1	**Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.**	150
2	**Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.**	280
3	**Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.**	220
4	**Uso racional de los medicamentos.**	100
5	**Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.**	50
6	**Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.**	200*

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

Subapartados	**Porcentaje**	**Puntos**
Personal**	22,5	45
Farmacia Hospitalaria	15	30
Precios medios en el 60 % de tratamientos seleccionados	5	10
Precios medios en el total de tratamientos seleccionados	2,5	5
Material Sanitario	17,5	35
Precio medio en prótesis de Traumatología	2,5	5
Precio medio en defibriladores y marcapasos	2,5	5
Conciertos y Autoconciertos	22,5	45
Receta Farmacéutica	5	10
Facturación en convenios	2	4
Recaudación a terceros	3	6

**Personal: Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual.

La Gerencia dispondrá de la financiación adecuada con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Acuerdo de Gestión 2019. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas que tengan repercusión económica en el presupuesto del Área para el presente ejercicio. Para ello deberán tener el carácter de "Nueva Acción" que

incluya los objetivos y actividades previstas así como el informe de la Subdirección General de Asuntos Económicos y ser aprobadas por el Gerente del Servicio Murciano de Salud".

2. Seguimiento y Evaluación.

Los objetivos se evaluarán con los indicadores definidos en los anexos correspondientes. Con carácter general, se valorarán las mejoras relativas en actividad o rendimiento frente al punto de partida (mejora conseguida frente al espacio total de mejora posible/valor estándar/meta en cada caso). 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.

REUNIDOS

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

ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2019, comprometiéndose a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos los objetivos que aquí se recogen. A estos efectos, las partes formalizan este compromiso de acuerdo con las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera - Objeto

El objeto del presente Acuerdo de Gestión es la regulación para el periodo de 2019 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 2019.

Tercera - Objetivos

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

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

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

En Murcia, a 25 de febrero de 2019.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS.

D. Asensio López Santiago.

EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD II.

D. José Francisco Sedes Romero.

Acuerdo de Gestión 2019

INDICADORES

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 1

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

1.1.1	Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud
Fórmula	• Número de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria que firman Pactos de Gestión con su Gerencia de Área, incluyendo la designación de referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100/ Total de Servicios/Unidades/ Equipos de Atención Primaria de la Gerencia de Área • Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos del Área de Salud • Número de Pactos en los que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos x 100 / Total de Pactos del Área de Salud
Fuente	Gerencia
Meta	100% en cada uno de los subindicadores

REFERENTES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

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

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

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 2

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

2.1 Calidad Percibida.

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

2.1.1	Mejoras obtenidas en los indicadores seleccionados específicamente para cada Área
Fórmula	Mejora relativa de los indicadores seleccionados
Fuente	- Informe de actividades realizadas debidamente documentadas - Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
Meta	Porcentaje que se indica para cada indicador

Indicadores seleccionados	Meta
Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en Urgencias del hospital x 100/ Valoraciones realizadas	≥80%
Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a la consulta de Consultas Externas x100 / Valoraciones Realizadas	≥80%
Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en consulta de Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas	≥80%
Mujeres que durante su estancia en el hospital para parir pudieron saber siempre con facilidad si quienes les atendían eran médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores o personal de cualquier otro tipo x 100/ Valoraciones realizadas	≥90%

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

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

2.1.4	Calidad científico-técnica del personal del área de administración en Atención Primaria
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
Meta	≥90%

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

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

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

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

2.1.10	Satisfacción en el Área Obstétrica
Fórmula	Mujeres que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el hospital donde ingresaron para parir x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos
Meta	≥90%

2.1.11	Información en el Área Obstétrica
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos
Meta	≥85%

2.1.12	Organización en el Área Obstétrica
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos
Meta	≥80%

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

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

2.1.15	Información en el Área de Urgencias Hospitalarias
Fórmula	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
Meta	≥90%

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

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

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

2.1.19	Información en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con la información que le ha dado el médico en su última visita a las Consultas Externas del hospital, sobre su enfermedad, el tratamiento y/o los cuidados que debían seguir x 100/ Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	≥90%

2.1.20	Recetas en el Área de Consultas Externas
Fórmula	Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en la consulta x 100 / Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
Meta	≥80%

2.1.21	Satisfacción en el Área de Hospitalización Pediátrica
Fórmula	Padres que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital en el que estuvo ingresado su hijo/a x 100 / Total de valoraciones
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
Meta	90%

2.1.22	Información en el Área de Hospitalización Pediátrica
Fórmula	∑ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
Meta	90%

2.1.23	Organización en el Área de Hospitalización Pediátrica
Fórmula	∑ Número de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
Meta	90%

2.2 Atención hospitalaria.

2.2.1 Código Infarto.

2.2.1.1	Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde la puerta del hospital PCI (con capacidad de realizar angioplastia)
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta del hospital PCI hasta la angioplastia es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST con realización de angioplastia primaria
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥90%

2.2.2 Atención al Parto.

2.2.2.1	Episiotomías en partos eutócicos
Fórmula	Mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía x 100 / Mujeres con parto eutócico
Fuente	SELENE
Meta	≤ 15%

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

2.2.3 Impulsar la lactancia materna.

2.2.3.1	Tasa de lactancia materna exclusiva al alta
Fórmula	Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento
Fuente	SELENE
Meta	≥70%

2.2.3.2	Contacto precoz madre-recién nacido
Fórmula	Mujeres y recién nacidos que han tenido contacto piel con piel, durante al menos 50 minutos, tras el parto vaginal o cesárea x 100 / Mujeres gestantes de 37 a 41 semanas completas que han tenido un parto vaginal o se les ha practicado una cesárea
Fuente	SELENE
Meta	≥75%

2.2.3.3	Inicio temprano de la lactancia materna
Fórmula	Recién nacidos que son amamantados en la primera hora de vida x 100 / Recién nacidos en gestantes de 37 a 41 semanas completas
Fuente	SELENE
Meta	≥65%

2.2.4 Cáncer.

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

2.2.4.2	Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama
Fórmula	Pacientes cuyo intervalo de tiempo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento de cáncer de mama es igual o inferior a 28 días naturales x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥95%

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

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

2.2.6 Ictus isquémico.

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

2.2.7 Cuidados hospitalarios.

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

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

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

2.2.7.5	Desarrollo de úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria en pacientes identificados en riesgo
Fórmula	Pacientes identificados de riesgo moderado- alto de UPP y que desarrollan una UPP durante su ingreso x 100 / Pacientes identificados de riesgo moderado - alto de UPP
Fuente	SELENE
Meta	≤2,5%

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

2.2.7.7	Valoración temprana del riesgo de Caídas
Fórmula	Pacientes que tienen registro de la valoración de riesgo de caídas, mediante la escala Downton, en las primeras 24 horas de su ingreso en una unidad de hospitalización x 100/ Pacientes ingresados más de 24 horas en una unidad de hospitalización
Fuente	SELENE
Meta	≥ 80%

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

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

2.2.7.10	Informes de continuidad de cuidados al alta
Fórmula	Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias
Fuente	SELENE
Meta	≥ 60%

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

2.3 Cuidados Paliativos.

2.3.1	Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos
Fórmula	Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos
Fuente	ESAD-ESAH
Meta	≥60%

2.4 Indicadores de "No hacer".

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

2.4.2	Sondaje vesical en pacientes con cirugía gastrointestinal
Fórmula	Pacientes con sondaje vesical de más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal x 100/Pacientes con cirugía gastrointestinal y sondaje vesical
Fuente	CMBD, SELENE
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

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

2.4.4	Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía
Fórmula	Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida el segundo día tras la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente
Fuente	SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

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

2.4.6	Uso de paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática
Fórmula	Envases de paracetamol 1g dispensados a través de receta oficial x 100/ Envases de paracetamol dispensados a través de receta oficial
Fuente	Cinta de facturación del COF
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.7	Determinación de PSA en pacientes asintomáticos sin antecedentes familiares
Fórmula	Hombres de 50 o más años asintomáticos y sin antecedentes de primer grado de cáncer de próstata con determinación de PSA x 100/ Hombres de 50 o más años asintomáticos y sin antecedentes de primer grado de cáncer de próstata
Fuente	OMI, SELENE, Modulab
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.8	Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinodependientes
Fórmula	Pacientes diabéticos tipo 2 que toman sólo medicación oral no hipoglucemiante a los que se controla mediante tiras reactivas y/o glucómetros x 100/ Pacientes diabéticos tipo 2 que toman sólo medicación oral no hipoglucemiante
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.9	Uso de apósitos de plata en heridas no infectadas
Fórmula	Curas de heridas en las que se utilizan apósitos de plata x 100/ Curas de heridas
Fuente	OMI, SELENE
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.10	Reevaluación de anticuerpos tiroideos en disfunción tiroidea
Fórmula	Pacientes con una determinación positiva de anticuerpos antitiroideos a los que se les pide otra determinación x 100/ Pacientes con una determinación positiva de anticuerpos antitiroideos
Fuente	SELENE, Modulab
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.11	Uso rutinario de un inhibidor directo de la renina asociado con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARAII)
Fórmula	Pacientes con diabetes o insuficiencia renal a los que se dispensa a través de receta oficial un inhibidor directo de la renina asociado a un IECA o ARA II x 100/ Pacientes con diabetes o insuficiencia renal a los que se dispensa a través de receta oficial un inhibidor directo de la renina
Fuente	SELENE, Modulab, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.12	Repetición de la realización de la densitometría ósea en tratamiento de la osteoporosis
Fórmula	Pacientes con osteoporosis que tienen 2 densitometrías óseas (DEXA) en un intervalo de 2 años o menos x 100/ Pacientes con osteoporosis a los que se ha realizado una densitometría ósea (DEXA)
Fuente	OMI, SELENE
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.13	Uso de dos o más antinflamatorios no esteroides de manera simultánea
Fórmula	Pacientes de 18 años o más a los que se dispensa 2 o más AINEs de manera simultánea a través de receta oficial x 100/ Pacientes de 18 años o más a los que se dispensa AINEs a través de receta oficial
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.14	Uso de benzodiacepinas en pacientes mayores con insomnio, agitación o delirio
Fórmula	Pacientes mayores de 75 años con insomnio, agitación o delirio a los que se dispensa benzodiacepinas a través de receta oficial x 100/ Pacientes mayores de 75 años con insomnio, agitación o delirio
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.15	Uso de broncodilatadores sin corticoides inhalados en pacientes con asma
Fórmula	Pacientes con diagnóstico de asma a los que se dispensa broncodilatadores de vida media/larga sin corticoide inhalado asociado a través de receta oficial x 100/ Pacientes con diagnóstico de asma a los que se dispensa broncodilatadores de vida media/larga a través de receta oficial
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.16	Insuficiencia de material endoscópico para estudios de biología molecular
Fórmula	Estudios de biología molecular en patología tumoral con falta total o parcial de resultados por agotamiento del material endoscópico x 100/ Estudios de biología molecular en patología tumoral
Fuente	Sistema de información de Anatomía Patológica, SELENE
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.17	Uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes sin complicaciones gastrointestinales
Fórmula	Pacientes entre 18 y 65 años sin complicaciones gastrointestinales con dispensación de IBP a través de receta oficial x 100/ Pacientes entre 18 y 65 años sin complicaciones gastrointestinales
Fuente	OMI, SELENE, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.4.18	Reevaluación de anticuerpos antinucleares
Fórmula	Pacientes con dos determinaciones de anticuerpos antinucleares en un intervalo de tres meses o menos x 100/ Pacientes con determinación de anticuerpos antinucleares
Fuente	SELENE, Modulab
Meta	Medición basal y propuesta de mejoras

2.5 Atención Primaria.

2.5.0	Indicadores seleccionados de Cartera de Servicios de Atención Primaria
Fórmula	Promedio de la mejora relativa de los 3 indicadores seleccionados*
Fuente	Cartera de servicios de Atención Primaria
Meta	100%

*Ver tabla siguiente

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Meta
3.2.1a Pacientes atendidos a domicilio por enfermero/día	≥3
5.1.3 Revisiones periódicas en niños de 14 años	≥90
24.2.1 Fumadores con oferta de ayuda	≥18

2.5.1 Atención al niño.

2.5.1.1	Primera revisión en recién nacidos en los 10 días siguientes al parto
Fórmula	Recién nacidos a los que se le ha realizado la primera revisión en los 10 días siguientes al parto x 100 / Recién nacidos en CIVITAS
Fuente	OMI, CIVITAS
Meta	≥30%

2.5.1.2	Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida
Fórmula	Niños/as que han cumplido los 6 meses que son alimentados con lactancia materna x 100 / Niños/as de 6 meses
Fuente	OMI
Meta	≥35%

2.5.1.4	Seguimiento del sobrepeso/obesidad en la infancia
Fórmula	Niños/as entre las edades de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad incluidos en el Programa de sobrepeso/ obesidad infantil en Atención Primaria x 100 / Niños/as de 2 a 14 años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad
Fuente	OMI
Meta	≥10%

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

2.5.1.6	Revisión de salud a los 11 años de edad. Programa de Atención al Niño y Adolescente (PANA)
Fórmula	Niños/as con la revisión de salud de los 11 años realizada x 100/ Niños/as de 11 años de edad
Fuente	OMI
Meta	≥50%

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

2.5.2 Atención al puerperio.

2.5.2.1	Visita puerperal en los 10 días siguientes al parto
Fórmula	Mujeres que tienen registro de parto en OMI a las que se realiza anamnesis y exploración en la visita puerperal en los 10 días siguientes al parto x 100 /Mujeres que tienen registro de parto en OMI
Fuente	OMI
Meta	≥60%

2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

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

2.5.3.2	Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC
Fuente	OMI
Meta	≥50%

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

2.5.3.4	Prevalencia de tabaquismo en pacientes con EPOC
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC con registro de consumo de tabaco positivo en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC
Fuente	OMI
Meta	≤10%

2.5.3.5	Consejo de abandono del consumo de tabaco a fumadores con EPOC
Fórmula	Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en los últimos 12 meses y han recibido consejo para abandonar el consumo de tabaco x 100 / Pacientes mayores de 40 años diagnosticados de EPOC que refieren haber fumado en los últimos 12 meses
Fuente	OMI
Meta	≥80%

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

2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

2.5.4.1	Cribado factores de riesgo de Diabetes
Fórmula	Personas mayores de 45 años a las que se les ha realizado el test de Findrisk x 100/ Personas mayores de 45 años
Fuente	OMI
Meta	≥15%

2.5.4.2	Determinación de hemoglobina glicosilada
Fórmula	Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen una determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses x 100/ Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus
Fuente	OMI
Meta	≥60%

2.5.4.3	Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o iguales a 7%
Fórmula	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados de Diabetes Mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada, en los últimos 12 meses, muestra valores igual o inferiores al 7% x 100 / Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años diagnosticados de Diabetes Mellitus
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

2.5.5.1	Cribado de hábito tabáquico
Fórmula	Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica del hábito tabáquico en los últimos 24 meses x 100 / Personas mayores de 14 años
Fuente	OMI
Meta	≥25%

2.5.5.2	Consejo antitabaco a personas fumadoras
Fórmula	Personas mayores de 14 años con registro en su historia clínica de tabaquismo a los que se le ha ofrecido consejo antitabaco en los últimos 24 meses x 100 / Personas fumadoras mayores de 14 años
Fuente	OMI
Meta	≥65%

2.5.5.3	Control adecuado de Tensión Arterial en pacientes hipertensos
Fórmula	Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA con valores en el último control de TA diastólica <90 y TA sistólica <140, en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 14 años diagnosticadas de HTA
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

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

2.5.6.2	Valoración Inicial en pacientes inmovilizados
Fórmula	Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) en los últimos 12 meses y que, en los tres meses posteriores a su inclusión, tienen una valoración de: Sobrecarga de la persona cuidadora principal mediante el "test de Zarit" Situación socio familiar mediante "test de Gijón" Índice de Katz x 100 / Pacientes nuevos incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) en los últimos 12 meses
Fuente	OMI
Meta	≥30%

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

2.5.6.7	Planes de Cuidados a pacientes inmovilizados
Fórmula	Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28) con seguimiento del plan de cuidados en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (CIAP A28)
Fuente	OMI
Meta	≥65%

2.5.8 Atención grupal y comunitaria.

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

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

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

2.5.9 Inmunizaciones programadas.

2.5.9.1	Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica
Fórmula	Niños/as mayores o iguales a 5 años de edad y menores de 6 años que han recibido la segunda dosis de vacuna triple vírica x 100 / Niños/as mayores o iguales a 5 años de edad y menores de 6 años.
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
Meta	≥ 95%

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

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

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

2.5.10 Continuidad asistencial.

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

2.6 Seguridad del paciente.

2.6.1 Sistema de notificación de incidentes.

2.6.1.1	Análisis Causa Raíz
Fórmula	Análisis Causa Raíz (ACR) con informe terminado x 100 /Total de incidentes con riesgo
Fuente	SINAPS
Meta	- Con riesgo extremo (SAC1) :100% - Con riesgo alto (SAC2): ≥75% Informe con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización.

2.6.2 Programas IRAS-PROA

2.6.2.1	Programa de IRAS-PROA del Área
Fórmula	La Comisión del Área propondrá a la Comisión Regional los objetivos y actividades para el año 2019 en: 1. IRAS 2. PROA, en este caso las propuestas se ajustarán al perfil de uso de antibióticos de cada Área
Fuente	Gerencia
Meta	Informe presentado antes del 30 de marzo de 2019

2.6.2.2	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal*
Fórmula	Número de ILQ detectadas en los procedimientos de cirugía colorrectal en el período de estudio x 100/ Intervenciones de cirugía colorrectal en el periodo de estudio
Fuente	SELENE
Meta	≤10%

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

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

*La metodología de medición se adecuará al Protocolo ILQ: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ). Madrid, 2017.
Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-ILQ_Nov2017.pdf

2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

2.6.3.1	Proyecto Seguridad del paciente quirúrgico
Fórmula	Evaluación de las siguientes actividades: 1- La Comisión del Área propondrá las actividades y metas a alcanzar para el año 2019. 2-- Medición de la cultura de Seguridad en el bloque quirúrgico.
Fuente	Gerencia
Meta	1- Informe presentado antes del 15 de marzo de 2019. 2- Periodicidad bienal. Aplica en los centros que no lo hayan realizado en 2018 o los que hicieron una evaluación parcial.

2.6.3.2	Implementación de la Guía de Profilaxis Antibiótica en el paciente quirúrgico del SMS
Fórmula	Evaluación de los siguientes actividades: 1.- Implementación de la Guía. 2.-Pacientes intervenidos quirúrgicamente con indicación y prescripción de profilaxis antibiótica adecuada al protocolo del SMS x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente
Fuente	Historia clínica
Meta	≥90% a partir de la implementación

2.6.3.3	Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).
Fórmula	Pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ x 100 / Pacientes intervenidos de cirugía programada
Fuente	Historia clínica
≥90%	≥90%

2.6.3.4	Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en planta
Fórmula	Medición de los indicadores seleccionados sobre eliminación correcta del vello y ayuno preoperatorio.
Fuente	Historia clínica
Meta	Medición y medidas correctoras
Indicadores seleccionados	
Pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se ha eliminado el vello de forma correcta x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente	
Mediana de tiempo que el paciente ha permanecido en ayunas antes de la incisión quirúrgica	

2.6.3.5	Implementación De Medidas De Seguridad En El Paciente Quirúrgico en Bloque Quirúrgico
Fórmula	Medición de los indicadores seleccionados sobre profilaxis antiséptica de la piel, mantenimiento de la normotermia y utilización segura de medicación en el Bloque quirúrgico.
Fuente	Historia clínica
Meta	Medición y medidas correctoras
Indicadores seleccionados	
Pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se les ha realizado el pincelado de la piel de manera correcta (clorhexidina al 2% salvo razón justificada y documentada) x 100/ Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente	
Pacientes intervenidos quirúrgicamente, en cirugías > 2 horas de duración, cuya temperatura corporal se mantiene por encima de 35,5 grados centígrados, antes durante y después de la intervención x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente en cirugías > 2 horas de duración.	
Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se ha hecho un uso seguro de la medicación en el bloque quirúrgico x 100/ Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente	

2.6.3.6	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal
Fórmula	Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía oncológica colorrectal con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 85%

2.6.3.7	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera
Fórmula	Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / Pacientes dados de alta por cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia total de rodilla y de cadera con prescripción de tromboprofilaxis farmacológica
Fuente	CMBD y SELENE
Meta	≥ 85%

2.6.4 Unidades de Cuidados Intensivos.

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

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

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

*La metodología de medición se adecuará al Protocolo MMR: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica (Protocolo-MMR). Madrid, 2017.
Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-MMR_Nov2017.pdf

2.6.4.4	Densidad de incidencia de la infección del tracto urinario relacionada con sondaje uretral (ITU-SU) por 1000 días de dispositivo en UCI
Fórmula	Número de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / Total de días de sondaje
Fuente	Historia clínica / Registro ENVIN-HELICS
Meta	≤ 2,7 episodios de ITU-SU / 1000 días de SU

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

2.6.4.6	Clima de seguridad
Fórmula	Participación en la aplicación del cuestionario de Seguridad (versión española) del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research on Quality-AHRQ)
Fuente	Gerencia
Meta	Informe Periodicidad bienal. Aplica en los centros que no lo hayan realizado en 2018 o los que hicieron una evaluación parcial.

2.6.5 Seguridad de los medicamentos.

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

2.6.6 Seguridad en Radioterapia.

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

2.7. Salud Mental

2.7.1	Mejora en la Coordinación en Salud mental
Fórmula	a.1 mejora de la coordinación interinstitucional: a.1 Constitución de equipos base de área para la coordinación sociosanitaria en aquellas áreas donde no están constituidos a.2 Número de reuniones de los equipos base anuales, en aquellas donde ya están constituidos b. Mejora de la coordinación intrainstitucional: Diseño e implementación del Plan de sectorización de Salud Mental con Atención Primaria en cada una de las áreas
Fuente	a. Responsable coordinación sociosanitaria b. Responsable de CSM
Meta	a.1. Constitución. Acta de constitución: (50%) a.2. >3 reuniones anuales. Acta de reuniones (50%) (a.2 excluye a.1) b. Informe de los responsables de centro y/o área (50%)

2.7.2	Contenciones Mecánicas en las UHB (Unidad de hospitalización breve y UHIJ (Unidad de hospitalización infantojuvenil)
Fórmula	Pacientes ingresados en UHB y UHIJ que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 /Pacientes ingresados en UHB y UHIJ
Fuente	SELENE
Meta	<10%

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

3.1 Accesibilidad.

3.1.1	Pacientes quirúrgicos con espera mayor de 365 días
Fórmula	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera estructural y no estructural es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión
Fuente	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
Meta	0

3.1.2	Pacientes quirúrgicos, prioridad 1 con espera mayor de 30 días
Fórmula	Pacientes en lista de espera quirúrgica, P-1, cuya espera estructural es superior a los 30 días desde la fecha de inclusión
Fuente	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
Meta	0

3.1.3	Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)
Fórmula	Sumatorio (fecha final período de estudio –fecha entrada en registro)/ Pacientes en el registro
Fuente	PIN
Meta	65 días a final de año (acuerdo de pactos trimestrales)

3.1.4	Pacientes en lista de espera quirúrgica con salida distinta a intervención quirúrgica
Fórmula	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuyo motivo de salida de lista de espera quirúrgica es distinto a intervención quirúrgica x 100 / Salidas de lista de espera quirúrgica
Fuente	SELENE-PIN: Lista de espera quirúrgica (LEQ)
Meta	≤10%

3.1.6	Pacientes que rebasan el tiempo de espera máximo para servicios hospitalarios
Fórmula	Pacientes que rebasan el tiempo máximo de espera para un servicio hospitalario (Primera visita de consultas externas / pruebas complementarias / terapéuticas / servicios quirúrgicos) Desagregación y límite: 3.1.6.1-Consulta externa, 50 días de espera 3.1.6.2-Pruebas complementarias, 30 días de espera 3.1.6.3-Servicios quirúrgicos, 150 días de espera
Fuente	SELENE-PIN
Meta	0

3.1.7	Tiempo medio de espera estructural en primeras consultas externas
Fórmula	Sumatorio (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro)/ Pacientes en el registro
Fuente	SELENE-PIN
Meta	< 50 días.

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

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

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

3.1.11	Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias
Fórmula	Pacientes sin fecha asignada para pruebas complementarias de atención hospitalaria x 100/ Pacientes en espera para cita en pruebas complementarias
Fuente	SELENE -PIN
Meta	≤ 50%

3.1.13	Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias
Fórmula	Pacientes con triaje realizado en 10 minutos o menos desde la llegada a la puerta de urgencias hospitalarias x 100 / Pacientes con triaje realizado en urgencias hospitalarias
Fuente	SELENE-PIN
Meta	≥90%

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

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

3.1.18	Tiempo de atención por paciente en consulta de médico de familia
Fórmula	Minutos totales invertidos en las consultas de Medicina de Familia / Pacientes atendidos por el médico de familia en el último año
Fuente	OMI
Meta	6,3 minutos o más

3.1.19	Tiempo de atención por Paciente en consulta de Pediatría
Fórmula	Minutos totales invertidos en las consultas de Pediatría/ Pacientes atendidos en consultas de Pediatría realizadas en el último año
Fuente	OMI
Meta	7,5 minutos o más

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

3.1.21	Demora media para primera cita en los Centros de Salud mental
Fórmula	Sumatorio de la diferencia, en días naturales, entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de la cita para una primera consulta para un periodo de tiempo determinado/ Total de citas durante ese periodo de tiempo
Fuente	SELENE
Meta	< 50 días: 100% consecución Disminución 25% días de espera: 50% consecución

3.1.22	Reingresos dentro de los 30 días tras el alta en la Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental
Fórmula	Número total de reingresos, de forma no planificada, en la Unidad de Hospitalización Breve, dentro de los 30 días tras el alta X100/ Número total de ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve
Fuente	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización
Meta	< 8%

3.2 Uso adecuado de los recursos.

3.2.1	Rendimiento quirúrgico
Fórmula	Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última intervención (Tiempo bruto) x 100 / Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (Tiempo disponible)
Fuente	SELENE - PIN
Meta	≥ 80%

3.2.2	Suspensión de la intervención quirúrgica
Fórmula	Intervenciones quirúrgicas programadas con estado "suspendidas" x 100 / Intervenciones quirúrgicas programadas
Fuente	SELENE - PIN
Meta	< 5%

3.2.10	Circuito del alta hospitalaria
Fórmula	Pacientes con informe de alta hospitalaria emitido antes de las 12 horas x 100/ Pacientes dados de alta en hospitalización en el día
Fuente	SELENE
Meta	≥65%

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

3.2.13	Uso de historia clínica electrónica en consultas externas
Fórmula	Consultas médicas con algún registro (notas, formularios o informes) cumplimentado en SELENE x 100 / Consultas médicas
Fuente	SELENE
Meta	≥90%

3.3 Incapacidad Temporal.

3.3.1	Control de la Incapacidad Temporal (IT)
Fórmula	Propuestas de altas médicas respondidas en plazo x 100/Propuestas de altas médicas
Fuente	OMI
Meta	≥80%

3.3.2	Prevalencia de la incapacidad temporal (IT)
Fórmula	Pacientes en situación de IT x 100/ Población activa
Fuente	ITESAN
Meta	<3,80%

3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.

3.4.1	Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)
Fórmula	Puntualidad 1: disponibilidad de la información del año en curso: Se realizará una actualización de la información de los CMBD en la aplicación informática (codificada o no), como mínimo, en la primera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero
	Puntualidad 2: la codificación de los CMBD, correspondientes a 2018, se cerrará antes del 1 de julio de 2019
	Calidad 1: en el CMBD anual la suma de episodios no remitidos, con diagnóstico o procedimiento no codificados o con diagnostico principal inexistente será <5% de las altas, en términos de SIAE o ESCRI para el CMBD-AH y CMA
	Calidad 2: Cumplimentación valida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: Disponibilidad de información para la codificación: En el CMBD de Urgencias la suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocas o con información no apropiada para la codificación clínica será inferior al 5%
Fuente	CMBD
Meta	100%
Ponderación	Puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + calidad 1 x 80% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5%
Periodicidad	Trimestral y anual
Desglose	Gerencias de los hospitales

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 4

Uso Racional de los Medicamentos

4.1 Medicina Familiar y Comunitaria.

4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.

4.1.1.1	Importe por paciente ajustado por morbilidad y complejidad
Fórmula	Desvío en el importe de los productos farmacéuticos prescitos mediante receta médica en médicos de Medicina Familiar y Comunitaria/ Paciente estratificado, respecto al valor del importe/paciente estratificado en el Servicio Murciano de Salud el año anterior
Fuente	Estratificación poblacional años 2016/2017. AdN-Farmacia
Meta	333,73/≤ 0

4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos.

4.1.2.1	Antibióticos de amplio espectro/espectro reducido
Fórmula	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos de amplio espectro / DDD antibióticos espectro reducido, prescritos en Atención Primaria
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 150

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

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

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

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

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

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

4.1.2.8	Anticoagulantes AVK en el Área
Fórmula	DDD de acenocumarol y warfarina prescritos en el área x 100 /DDD anticoagulantes orales
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero “Gestión de la Prestación Farmacéutica””
Meta	≥ 60%

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

4.1.3.1	Antibióticos sistémicos
Fórmula	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 20

4.1.3.2	Inhibidores de la bomba de protones
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de inhibidores de la bomba de protones (A02BC)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 150

4.1.3.3	Antiinflamatorios no esteroides (AINE)
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de AINE (M01A)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 60

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

4.1.3.5	SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de SYSDOA (Glucosamina, Diacereina, Condroitin sulfato y asociaciones)
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 15

4.1.3.6	Fentanilo transmucoso (acción ultrarrápida)
Fórmula	Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), de fentanilo transmucoso
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 0,5

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

4.2 Pediatría de Atención Primaria.

4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos.

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

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

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

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

4.2.2.1	Antibióticos sistémicos en menores de 3 años
Fórmula	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes menores de tres años y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en menores de tres años
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 15

4.3 Salud Mental.

4.3.1	Antipsicóticos depot en el área
Fórmula	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antipsióticos depot en el área de salud de referencia
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 5,5

4.3.2	Pacientes con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud
Fórmula	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 30%

4.4 Especialidades hospitalarias.

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

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

4.4.1.2	Estudios de 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	Documento facilitado por la Gerencia
Meta	2 estudios

4.4.1.3	Eficiencia en la selección de biológicos
Fórmula	Eficiencia/desviación presupuestaria obtenida del sistema de información de farmacia, en la selección de medicamentos biológicos ≤ 3% (Inliximab, Etanercept, Rituximab, Trastuzumab, Adalimumab) en los servicios de DIGESTIVO, REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA CLÍNICA.
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	13.544.313,69€

4.4.1.4	DDD antibióticos en el hospital por cada 1.000 estancias (IRAS-PROA)
Fórmula	Número total de Dosis Diarias Definidas de antibióticos sistémicos (J01) en el periodo x 1.000 / Número total de estancias durante el periodo.
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 1.000

4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

4.5.1	Receta Electrónica
Fórmula	Recetas facturadas prescritas en receta electrónica x 100 / Recetas facturadas
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 90%

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

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

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

4.5.5	Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria
Fórmula	Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones DGPIFAC x 100 / Pacientes tratados con medicamentos biológicos con disponibilidad de biosimilar
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥ 50%

4.5.6	Pacientes que inician tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria
Fórmula	Pacientes que inician tratamiento con biosimilar incluido en Resolución DGPIFAC x 100/ Pacientes que inician tratamiento con medicamento biológico del que se dispone de biosimilar incluido en Resolución
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	100%

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

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 5

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

5.1. Formación sanitaria especializada.

5.1.1	Requisito acreditación Unidades docentes multiprofesionales: trabajo en equipo
Fórmula	Número de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios) que realizan 4 sesiones clínicas conjuntas en 2019 x 100 / Total de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios)
Fuente	Unidades Docentes multiprofesionales Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales realizan 4 sesiones clínicas conjuntas/año

5.1.2	Requisito acreditación Unidades docentes hospitales/dispositivos docentes: publicaciones
Fórmula	Número de dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales y de las unidades docentes acreditadas de los centros hospitalarios que realizan 1 publicación/año o 2 comunicaciones/año en las que participa el/los residentes/año x 100/ Total de dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales y de las unidades docentes acreditadas de los centros hospitalarios
Fuente	Unidades docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales y de las unidades docentes acreditadas de los centros hospitalarios realizan 1 publicación/año o 2 comunicaciones/año en las que participa el/los residentes/año, antes del 15 de noviembre de 2019

5.1.3	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes en la puerta de Urgencias
Fórmula	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes elaborado entre los responsables de la puerta de Urgencias y la Comisión de docencia
Fuente	Gerencia
Meta	Informe: Procedimiento de implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia

5.2. Formación continuada.

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

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

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

5.2.5	Porcentaje de profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
Fórmula	Profesionales distinto x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	≥45% de los profesionales de los distintos grupos (A1, A2, C1, C2, E).

5.2.6	Profesionales acreditados para realizar radiología intervencionista
Fórmula	Profesionales del denominador que se han formado en segundo nivel durante 2019 x 100 / Número de profesionales médicos que practican radiología intervencionista sin tener el segundo nivel de formación en protección radiológica
Fuente	La documentación referida a todos los profesionales que realizan prácticas intervencionistas se enviará por correo electrónico a la Unidad de Desarrollo Profesional antes del 15 de febrero de 2019 Listado de Médicos formados en 2019: fuente SIAFOC
Meta	80% de los profesionales acreditados en Áreas donde se realicen estas prácticas intervencionistas

Acuerdo de Gestión 2019

Anexo 6

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

6.1 Presupuesto

6.1.1	Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual
Fórmula	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 120.955.216 €

6.1.2	Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios
Fórmula	Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos hospitalarios x 100 / Presupuesto asignado en gasto de productos farmacéuticos hospitalarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 43.049.804,13 €

6.1.3	Gasto en material sanitario
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 32.081.451,70 €

6.1.4	Gasto en conciertos y autoconcierto
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 16.939.645,43 €

6.1.5	Gasto en receta farmacéutica
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 68.198.322,08 €

6.1.6	Facturación en convenios comunitarios
Fórmula	Objetivo ejecutado de facturación a pacientes comunitarios x 100 / Objetivo asignado de facturación a pacientes comunitarios
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Facturación FISS
Meta	≥ 80% Objetivo asignado: 3.850.000 €

6.1.7	Recaudación en cobros a terceros
Fórmula	Objetivo ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Objetivo asignado en recaudación en cobros a terceros
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
Meta	≥ 80% Objetivo asignado: 2.750.000 €

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

6.1.9	Gasto medio por prótesis implantada de traumatología
Fórmula	Diferencia de gasto medio por prótesis implantada entre los años 2018 y 2019 en el Área, diferenciando entre prótesis de cadera y prótesis de rodilla
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del precio medio en un 5%

6.1.10	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) implantados
Fórmula	Diferencia de gasto medio por prótesis implantada entre los años 2018 y 2019 en el Área, diferenciando entre marcapasos y desfibriladores automáticos implantables
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del precio medio en un 5%

6.1.11	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria
Fórmula	Gasto del Área en cada uno de los tratamientos seleccionados como *diana* suministrados a pacientes ambulatorios / Número de pacientes que recibió cada tratamiento ambulatorio durante el año
Fuente	Información extraída de PIN
Meta	≥60%

Región de Murcia
Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

Acuerdo de Gestión 2019