

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1db16d87-096f-385b-f9ac-00505696280



ACUERDO DE GESTIÓN 2020

Gerencia del Área de Salud VII



ADENDA



Región de Murcia
Consejería de Salud





LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:51:54

MARQUES ESI, JUAN ANTONIO

08/06/2020 12:01:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1b16d87-096f-385b-f9ac-0050569b6280



Adenda al Acuerdo de Gestión firmado el 19 de febrero de 2020 entre la Gerencia del Área de Salud y Gerencia del Servicio Murciano de Salud

La crisis originada por la pandemia COVID-19 ha supuesto modificaciones relevantes en la organización de los procesos en el Servicio Murciano de Salud y un impacto en la priorización de objetivos de los centros asistenciales. En el momento actual, superada la primera oleada de la pandemia es conveniente abrir un período de adaptación que nos permita responder a la evolución de la pandemia sin menoscabo del cumplimiento de la cartera de servicios de los diferentes dispositivos asistenciales.

En este contexto se hace necesaria una modificación del vigente Acuerdo de Gestión 2020 en los siguientes aspectos:

A. Para el ejercicio 2020 se deja sin efecto el Objetivo 1.1.1 Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud. Este Objetivo se retomará para el ejercicio 2021.

B. A su vez se dejan sin efecto para el ejercicio 2020 los siguientes indicadores:

- 2.2.7.8 Flebitis catéter venoso periférico
- 2.2.8.1 Comisiones Clínicas
- 2.2.9.1 Certificación ISO 14.001:2015 Sistema de Gestión ambiental
- 2.4.7 Determinación de PSA en pacientes asintomáticos
- 2.4.10 Reevaluación de anticuerpos tiroideos en disfunción tiroidea
- 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 la angiotensina II (ARA II)
- 2.4.12 Repetición de la realización de la densitometría ósea en tratamiento de la osteoporosis
- 2.4.13 Uso de dos o más antiinflamatorios no esteroideos de manera simultánea
- 2.5.1.2 Mantenimiento de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida
- 2.5.1.4 Detección e intervención ante el sobrepeso/obesidad en la infancia
- 2.5.3.4 Registro de hábito tabáquico en pacientes con EPOC
- 2.5.3.5 Valoración del hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de EPOC
- 2.5.4.1 Cribado factores de riesgo de Diabetes (Test Findrisk)
- 2.5.4.4 Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores mayor o igual a 9%
- 2.5.4.5 Registro de hábito tabáquico en pacientes con diabetes
- 2.5.4.6 Valoración del hábito tabáquico en pacientes con diagnóstico de diabetes
- 2.5.6.7 Planes de Cuidados a pacientes Inmovilizados
- 2.5.8.1 Educación y promoción de la salud grupal
- 2.5.8.2 Intervención comunitaria
- 2.6.3.1 Clima de seguridad en el bloque quirúrgico

- 2.6.3.4 Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en planta
- 2.6.3.5 Implementación de medidas de seguridad en el paciente quirúrgico en bloque quirúrgico
- 2.6.4.1 Autoevaluación ISMP
- 3.1.1 Pacientes quirúrgicos con espera mayor de 365 días
- 3.1.3 Tiempo medio en LEQ
- 3.1.7 Tiempo medio de espera estructural en consultas externas
- 3.1.10 Espera media de los pacientes atendidos para una prueba complementaria
- 4.1.2.4 Antihipertensivos de elección (AHT)
- 4.1.2.6 Hipolipemiantes de elección
- 4.1.3.2 DHD inhibidores de la bomba de protones
- 4.1.3.3 DHD AINE
- 4.1.3.4 DHD Benzodiazepinas (ansiolíticos)
- 4.1.3.5 DHD SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)
- 4.1.3.8 Pacientes con 4 envases o más de Fentanilo transmucoso/mes
- 4.2.1.2 Macrólidos
- 4.2.1.3 Antagonistas receptores leucotrienos (antiasmáticos)
- 4.4.1.2 Estudios de variabilidad en el uso de medicamentos
- 4.4.1.3 Eficiencia en la selección de biológicos
- 4.5.1 Receta Electrónica
- 4.5.2 Cumplimentación de formulario/protocolos sometidos a evaluación de resultados en salud (Programa MERS)
- 4.5.4 Biosimilares con receta médica
- 5.1.1 Requisito acreditación unidades docentes: trabajo en equipo
- 5.1.4 Requisito acreditación unidades docentes: Guías itinerario formativo tipo (GIFT)
- 5.2.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones formativas del Plan aprobado por Desarrollo Profesional
- 5.2.2 Porcentaje de acciones formativas (ediciones) del Plan de INAP realizadas hasta julio
- 6.1.6 Facturación en convenios comunitarios

C. Se han producido cambios en los indicadores que se relacionan a continuación:

- Se han modificado las Metas en:

- 2.5.3.2 Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria
- 2.5.3.3 Vacunación frente a la gripe en EPOC
- 2.5.6.1 Atención a pacientes inmovilizados en el domicilio
- 2.5.9.3 Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)
- 2.5.9.4 Cobertura de vacunación frente a la gripe
- 2.5.9.5 Cobertura de vacunación frente a la gripe en el embarazo
- 2.6.1.13 Rondas de seguridad en el área de críticos
- 3.2.12 Médico de familia: Atención a domicilio



- 3.2.13 Enfermería: Atención a domicilio
- 6.1.3 Gasto en material sanitario
- 6.1.4 Gasto en conciertos y autoconcierto
- 6.1.7 Recaudación en cobros a terceros

- Se han modificado el periodo de estudio en:
 - 2.6.1.5 EPINE
 - 2.5.10.1 Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria
 - 2.7.4 Plan de actuación coordinada (PAC) en la historia clínica de pacientes con diagnóstico de TMG
- Se ha modificado la fórmula de medición en:
 - 2.5.5.3 Control adecuado de Tensión Arterial en pacientes hipertensos
 - 2.7.2 Contenciones mecánicas en las Unidades de hospitalización breve (UHB) y Unidades de hospitalización infantojuveniles (UHIJ)

D. Se incluyen nuevos indicadores relacionados con la pandemia y la priorización de actividades:

- 1.1 Protocolo corporativo para el manejo de nuevos pacientes COVID-19
- 1.2 Protocolo corporativo para el seguimiento tras el alta de los pacientes atendidos por COVID-19 en Atención Primaria
- 1.3 Actividades de seguimiento a población vulnerable
- 1.4 Proyecto de Intervención comunitaria
- 1.5 Implantación en atención hospitalaria de consultas no presenciales de apoyo a la Atención Primaria
- 1.6 Plan de consultas de alta resolución
- 1.7 Altas en el Portal del Paciente
- 1.8 Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios
- 2.5.9.1 Cobertura de vacunación 2ª dosis de Triple vírica
- 2.5.9.2 Cobertura de vacunación frente al meningococo C y 1ª dosis de Triple vírica
- 2.6.5.1 Protocolo corporativo sobre Código Sepsis
- 2.8.1 Documentos de consentimiento Informado corporativos



E. Para el ejercicio 2020 se reajusta la ponderación de las Líneas del Acuerdo de Gestión según la siguiente Tabla:

		2020
1	Objetivos COVID-19.	150
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	345
3	Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.	205
4	Uso apropiado de los medicamentos.	80
5	Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.	20
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:

Código	Objetivo	Porcentaje	Puntos
6.1.1	Personal	22,5	45
6.1.2	Gasto en Farmacia Hospitalaria	15	30
6.1.3	Gasto en material Sanitario	17,5	35
6.1.4	Gasto en Conciertos y Auto conciertos	22,5	45
6.1.5	Gasto en receta Farmacéutica	5	10
6.1.7	Recaudación en cobros a terceros	5	10
6.1.9	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatología	1,25	2,5
6.1.9.1	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatología sobre gasto medio SMS	1,25	2,5
6.1.10	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables	1,25	2,5
6.1.10.1	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables sobre gasto medio SMS	1,25	2,5
6.1.11	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria	5	10
6.1.12	Precios medios en el total de tratamientos seleccionados	2,5	5
	TOTAL	100	200

Las demás cláusulas y condiciones del Acuerdo de Gestión 2020 a que se hace referencia permanecen inalteradas.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firman la presente adenda.

En Murcia, a 5 de junio de 2020

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD VII

D. Asensio López Santiago

D. Juan Antonio Marqués Espí



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1b16d87-096f-385b-6acc-00505696280



A continuación se relacionan todos los indicadores que forman parte del Acuerdo de Gestión 2020 a partir de la firma de esta Adenda

INDICADORES



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1b16d87-096f-385b-f9ac-00505696280



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1616d87-096f-385b-6aac-00505696280

Anexo 1

Objetivos COVID-19





LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:51:54

MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

08/06/2020 12:01:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1616d87-096f-385b-f9ac-00505696280

1.1	Protocolo corporativo para el manejo de nuevos pacientes COVID-19
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional de cada área en el grupo de trabajo para el diseño del Protocolo. El protocolo debe incluir las actuaciones a realizar en atención primaria, 061, urgencias del hospital, hospitalización y cuidados intensivos (para aquellos centros que tienen UCI)
Fuente	Gerencia de las Áreas y actas de las reuniones
Meta	Asistencia al 90% o más de las reuniones de trabajo para el diseño del Protocolo. Implementación del mismo en las áreas de salud

1.2	Protocolo corporativo para el seguimiento tras el alta de los pacientes atendidos por COVID19 en atención primaria
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional de cada área en el grupo de trabajo para el diseño del Protocolo. El protocolo debe incluir, además de las actuaciones a realizar en atención primaria, aquellas que sean necesarias para el apoyo de este nivel asistencial por parte de los servicios hospitalarios
Fuente	Gerencia de las Áreas y actas de las reuniones
Meta	Asistencia al 90% o más de las reuniones de trabajo para el diseño del Protocolo. Implementación del mismo en las áreas de salud

1.3	Actividades de seguimiento a población vulnerable
Fórmula	Planificación y ejecución del plan para seguimiento de la población vulnerable
Fuente	Informe de la Gerencias
Meta	Planificación de actividades para el mes de septiembre Actividades realizadas en el 80% o más de la población clasificada en el estrato 3 del Grupo de Morbilidad Ajustado a final del año

1.4	Proyecto de Intervención comunitaria
Fórmula	1. Equipos de Atención Primaria con asignación de centros sociosanitarios y/o residencias: Elaboración y puesta en marcha de un protocolo conjunto de actuación para la protección, seguimiento y control de infección por el COVID-19 2. Equipos de Atención Primaria sin asignación de centros sociosanitarios y/o residencias: Diseño y puesta en marcha de al menos una acción de intervención comunitaria
Fuente	Gerencias
Meta	≥90% de EAP



1.5	Implantación en atención hospitalaria de consultas no presenciales de apoyo a la atención primaria
Fórmula	1. Servicios clínico asistenciales con consulta no presencial implantada X 100/ Servicios clínico asistenciales con consulta no presencial posible 2. Tiempo de demora en la respuesta a la consulta no presencial
Fuente	Informe de la Gerencias
Meta	Indicador 1: 80% para finales de junio y 100% para finales de septiembre Indicador 2: 100% en ≤ 7 días y 50% en ≤ 4 días.

1.6	Plan de Consultas de Alta Resolución
Fórmula	Definición y puesta en marcha del Plan de Consultas de Alta Resolución (CAR) de los Servicios Asistenciales
Fuente	Informe de la Gerencias
Meta	Plan de CAR definido en el 80% o más de los Servicios Asistenciales para el mes de octubre de 2020 Puesta en marcha del plan para el mes de diciembre de 2020

1.7	Altas en el Portal del Paciente
Fórmula	Personas entre 18 y 65 años con derecho a asistencia sanitaria en el SMS que están dados de alta en el Portal del Paciente X 100/ Personas entre 18 y 65 años con derecho a asistencia sanitaria en el SMS
Fuente	Portal del paciente
Meta	≥30%

1.8	Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios
Fórmula	Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la gripe X 100/ Profesionales sanitarios del centro
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Servicio de Prevención de riesgos laborales
Meta	≥75%



Anexo 2

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1616d87-096f-385b-6acc-00505696280



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	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores anteriores x 100 / valoraciones realizadas	
Fuente	<ul style="list-style-type: none">- 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, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a Consultas Externas x100 / Valoraciones Realizadas		≥70%
Pacientes a los que facilitaron las recetas de los medicamentos que les prescribieron en Consultas Externas x 100 / Valoraciones realizadas		≥80%

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	≥80%

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	≥90%



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	≥85%

2.1.7	Comida en el Área de Hospitalización
Fórmula	Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x100/Valoraciones realizadas
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
Meta	≥70%

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	≥80%

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	≥70%

2.1.16	Identificación 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	≥90%

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	≥80%



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	≥80%

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%

2.2 Atención hospitalaria.

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 evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
Fuente	Informe
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	Informe
Meta	≥95%



2.2.7 Cuidados hospitalarios.

2.2.7.1	Valoración del paciente de la Acogida al ingreso
Fórmula	Pacientes dados de alta de hospitalización que valoran positivamente la Acogida realizada por el personal de Enfermería en el momento de su ingreso x 100 / Pacientes dados de alta que realizan valoración
Fuente	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida
Meta	≥80%
Indicadores seleccionados	
	Pacientes a los que les informaron de las normas de funcionamiento del hospital, y que valoran como muy bien y bien esa información x 100 / Pacientes que realizan valoración
	Pacientes a los que el personal de enfermería se les presentó en el momento del ingreso x 100 / Pacientes que realizan valoración
	Pacientes que cuando ingresaron en el hospital, el personal de enfermería que le atendió les pregunto el nombre para confirmar su identidad x 100 / Pacientes que realizan valoración

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%

2.2.7.7	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	≥ 87%

2.2.7.10	Informe de continuidad de cuidados al alta
Fórmula	Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias
Fuente	SELENE
Meta	≥ 65%

2.2.7.10.2	Informe de continuidad de cuidados al alta en psiquiatría
Fórmula	Altas hospitalarias en psiquiatría con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en psiquiatría
Fuente	SELENE
Meta	≥ 85%



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	≥90%

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 intervención quirúrgica en el periodo de estudio con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) a los que se les ha realizado una radiografía de tórax dentro de los 6 meses anteriores a la intervención x 100 / Pacientes menores de 40 años con intervención quirúrgica en el periodo de estudio con bajo riesgo anestésico (ASA I o II)
Fuente	SELENE
Meta	≤ 10%

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	≤ 50%

2.4.8	Autoanálisis en pacientes con diabetes tipo 2 no insulino dependientes
Fórmula	Pacientes a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia que NO toman insulina ni fármacos que provocan hipoglucemias x 100/ Pacientes a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 30%

2.4.14	Uso de benzodiazepinas en pacientes mayores de 75 años
Fórmula	Pacientes mayores de 75 años a los que se dispensa benzodiazepinas a través de receta oficial x 100/ Pacientes mayores de 75 años
Fuente	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 20%



2.5 Atención Primaria.

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 periodo de evaluación
Fuente	OMI, CIVITAS
Meta	≥50%

2.5.1.3	Equipos de Atención Primaria en programa de acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)
Fórmula	Equipos de Atención Primaria que alcanzan la fase de desarrollo de la IHAN (Fase 2D Centros de Salud) x 100 / Equipos de Atención Primaria
Fuente	Gerencia
Meta	≥60%

2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

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

2.5.3.2	Entrenamiento/Adiestramiento en terapia inhalatoria
Fórmula	Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que han recibido adiestramiento en la técnica de inhaladores en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
Fuente	OMI
Meta	≥15%



2.5.3.3	Vacunación frente a la gripe en pacientes con diagnóstico de EPOC
Fórmula	Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC que han sido vacunados contra la gripe en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más con diagnóstico de EPOC
Fuente	OMI
Meta	≥75%

2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

2.5.4.3	Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valores menores o igual a 7% (en personas menores de 65 años)
Fórmula	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años con diagnóstico 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 con diagnóstico de diabetes mellitus
Fuente	OMI
Meta	≥50%

2.5.5 Prevención de enfermedades cardiovasculares.

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 inmovilizados con una valoración del Índice de Katz ≥ C que son atendidos en el domicilio x 100 / Pacientes inmovilizados con una valoración del índice de Katz ≥ C
Fuente	OMI
Meta	≥ 60%



2.5.6.6	Úlceras por presión en pacientes incluidos en el servicio de inmobilizados (CIAP A28)
Fórmula	Pacientes incluidos en el servicio de inmobilizados (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 inmobilizados (CIAP A28)
Fuente	OMI
Meta	<3%

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 y 1ª dosis de Triple vírica
Fórmula	Niños/as mayores o iguales a 12 meses y menores de 24 que han recibido la 2ª dosis frente al meningococo C y la 1ª dosis de vacuna triple vírica x 100 / Niños/as mayores o iguales a 12 meses y menores de 24 meses
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
Meta	≥ 95%

2.5.9.3	Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)
Fórmula	Niñas mayores o iguales a 12 años y menores de 13 que han recibido la 1ª dosis de vacuna contra el VPH x 100 / Niñas mayores o iguales a 12 años y menores de 13
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
Meta	≥ 85%

2.5.9.4	Cobertura de vacunación frente a la gripe
Fórmula	Personas de 60 años o más vacunados frente a la gripe x 100 / Personas de 60 años o más
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI
Meta	≥75%



2.5.9.5	Cobertura de vacunación frente a la gripe de mujeres embarazadas
Fórmula	Mujeres embarazadas vacunadas frente a la gripe x 100 / Mujeres embarazadas en el periodo de estudio
Fuente	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI
Meta	≥75%

2.5.10 Continuidad asistencial.

2.5.10.1	Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria
Fórmula	Pacientes dados de alta hospitalaria 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 hospitalaria
Fuente	OMI
Meta	La evaluación se realizará a partir del 1 de julio de 2020 ≥ 50 %

2.6 Seguridad del paciente.

2.6.1 Programa IRAS-PROA del Área.

2.6.1.1	Programa IRAS-PROA del Área
Fórmula	La Comisión del Área de Salud propondrá a la Comisión Regional las Actividades y Metas específicas para el año 2020 de acuerdo con el Programa Regional y los Objetivos previstos en este Acuerdo de Gestión
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Informe remitido a la SGCASE antes del 29 de mayo de 2020

2.6.1.2	Equipo IRAS-PROA
Fórmula	El Área designará a los componentes de los equipos IRAS-PROA con especificación de las personas y servicios responsables así como las tareas de los componentes y la dedicación horaria prevista. Dependiendo de la complejidad del Área y de la madurez del Programa podrán existir 2 equipos coordinados o un equipo para el conjunto de tareas IRAS-PROA
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Informe remitido a la SGCASE antes del 29 de mayo de 2020



2.6.1.3	Gestión de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño del protocolo corporativo de gestión de brotes de IRAS en el SMS
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación del protocolo en el Área de Salud

2.6.1.4	Gestión de control de Microorganismos Multirresistentes (MMR)
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño del protocolo corporativo de gestión de MMR en el SMS
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación del protocolo en el Área de Salud

2.6.1.5	Estudio de la Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE)
Fórmula	Participación en el EPINE 2020
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Participación en la puesta en común del protocolo de recogida de datos para uniformidad de criterios. Informe de los principales resultados del EPINE 2020 junto con la interpretación de los mismos y plan de intervención. Diciembre 2020

2.6.1.6	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	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	≤12%

2.6.1.7	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	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	≤ 2%



2.6.1.8	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	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	≤ 3%

Recomendaciones de “No Hacer”.

2.4.2	Sondaje vesical en pacientes con cirugía
Fórmula	Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo con sondaje vesical 2 días posteriores a la intervención x 100 /Pacientes con intervención quirúrgica con ingreso en el Servicio de Cirugía General y Digestivo con sondaje vesical
Fuente	SELENE
Meta	≤ 50%

2.4.4	Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía
Fórmula	Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida durante el primer día tras la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente
Fuente	SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)
Meta	≤ 20%

Unidades de Cuidados Intensivos.

2.6.1.9	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	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤3 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención



2.6.1.10	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	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤7 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.11	Pacientes con uno o más microorganismos multirresistentes (MMR) adquiridas en UCI
Fórmula	Pacientes ingresados en UCI con uno o más MMR identificados a partir de 48 horas de ingreso (o 48 horas siguientes al alta de UCI) x100 / Pacientes ingresados en UCI
Fuente	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤ 5% Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.12	Densidad de incidencia de la infección del tracto urinario relacionada con sondaje uretral (ITU-SU) por 1.000 días de dispositivo en UCI
Fórmula	Número de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / Total de días de sondaje
Fuente	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
Meta	≤ 2,7 episodios de ITU-SU / 1.000 días de SU Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.1.13	Rondas de seguridad en el área de críticos
Fórmula	Se realizará rondas de seguridad en las que participe la Dirección del Área de acuerdo al protocolo
Fuente	Gerencia
Meta	Al menos 2 Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención

2.6.2 Programa PROA.

2.6.2.1	Estándares PROA del Área
Fórmula	El Área de Salud alcanzará los estándares del nivel básico previsto para los Programas PROA en el documento de consenso SEIMC, SEFH y SEMPSPH
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Informe remitido a la SGCASE en diciembre 2020



2.6.2.2	Guía hospitalaria de tratamiento antimicrobiano en adultos
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño de la Guía
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación de la Guía en el Área de Salud

2.6.2.3	Guía de tratamiento antimicrobiano en pediatría
Fórmula	Participación de, al menos 1 profesional del Área, en el Grupo de diseño de la Guía
Fuente	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
Meta	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo Proyecto de implementación de la Guía en el Área de Salud

2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

2.6.3.2	Adecuación de la profilaxis antibiótica en el paciente quirúrgico
Fórmula	Pacientes intervenidos quirúrgicamente con indicación y prescripción de profilaxis antibiótica adecuada al protocolo del SMS x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente
Fuente	SELENE
Meta	≥90%

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	SELENE
Meta	≥90%

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	SELENE
Meta	≥ 90%



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	SELENE
Meta	≥ 90%

2.6.5 Código Sepsis.

2.6.5.1	Protocolo corporativo sobre Código Sepsis
Fórmula	Participación de al menos 1 profesional de cada área en el grupo de trabajo para el diseño del Protocolo.
Fuente	Gerencia de las Áreas
Meta	Asistencia al 90% o más de las reuniones de trabajo para el diseño del Protocolo. Proyecto de implementación del mismo en las áreas de salud

2.7. Salud Mental.

2.7.1	Mejora en la Coordinación en Salud mental
Fórmula	<p>a. Mejora de la coordinación interinstitucional:</p> <p>a.1. Constitución de la Comisión Sociosanitaria de Área.</p> <p>a.2. Número de reuniones de de la Comisión Sociosanitaria de área</p> <p>b. Mejora de la coordinación intra institucional: Constitución de una Comisión Mixta SM-AP en cada área</p>
Fuente	<p>a. Responsable coordinación sociosanitaria</p> <p>b. Responsable de CSM</p>
Meta	<p>Cada apartado, tiene un 50% del peso del indicador:</p> <p>a.1 Constitución. Acta de constitución</p> <p>a.2. >1 reuniones anuales. Acta de reuniones (a.2 excluye a.1)</p> <p>b. Acta de la constitución</p>

2.7.2	Contenciones Mecánicas en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y en la Unidad de Hospitalización Infanto Juvenil (UHJ)
Fórmula	Implantación en Selene del registro de contención mecánica en Unidades de Hospitalización y consensado con la Gerencia de SM y los responsables de las UH
Fuente	SELENE
Meta	A final del año 2020



2.7.4	Plan de Actuación Coordinada (PAC) en la Historia Clínica de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave
Fórmula	<p>Primeras consultas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave con PAC registrado en la historia clínica en los 60 días siguientes al diagnóstico x 100 / Primeras consultas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave entre el 1 de junio y 30 de octubre de 2020</p> <p><i>(Primeras consultas= Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace 1 año o más que no acudieron a la última cita)</i></p>
Fuente	SELENE
Meta	>80%

2.7.5	Uso de la Historia clínica electrónica en salud mental (CSM, UR y HDIJ)
Fórmula	<p>Primeras consultas con informes en Selene X 100/ Primeras consultas en cada uno de los centros</p> <p><i>(Primeras consultas= Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace 1 año o más que no acudieron a la última cita)</i></p>
Fuente	SELENE
Meta	>85%

2.8. Consentimiento Informado.

2.8.1	Documentos de Consentimiento Informado corporativos
Fórmula	Participación de al menos el coordinador de calidad del área en el grupo de trabajo para la elaboración de Documentos de Consentimiento Informado corporativos
Fuente	Gerencia de las áreas y acta de las reuniones
Meta	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo





LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:51:54

MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

08/06/2020 12:01:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1616d87-a96f-385b-6aac-00505696280

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1616d87-096f-385b-f9ac-00505696280



3.1 Accesibilidad.

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%

3.1.6	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

3.1.8	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%

3.1.13	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 agenda de Médicos de Familia
Fórmula	Días en que la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria) tienen una demora superior a 48 horas x 100 / Días de la agenda de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autonómica Sanitaria)
Fuente	OMI
Meta	≤5%

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

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

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

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	>85%



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	Demora en el alta hospitalaria
Fórmula	1. Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica antes de las 14:00 horas x 100 / Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica desde las 08:00 a las 20:00 horas 2. Altas hospitalarias que tienen el informe de alta validado antes de las 12 horas x 100 / Altas hospitalarias
Fuente	SELENE
Meta	1. ≥20% 2. ≥40% A partir de la actualización de Selene

3.2.12	Médico de familia: Atención a domicilio
Fórmula	Consultas realizadas a domicilio por el médico de familia
Fuente	OMI
Meta	≥4 al mes

3.2.13	Enfermería: Atención a domicilio
Fórmula	Consultas realizadas a domicilio por Enfermería
Fuente	OMI
Meta	≥35 al mes

3.3 Incapacidad Temporal.

3.3.1	Control Incapacidad Temporal (IT)
Fórmula	Propuestas de altas médicas respondidas en plazo x 100 / Propuestas de altas médicas
Fuente	OMI
Meta	> 85%



3.3.2	Porcentaje de altas que no superan la duración óptima
Fórmula	Procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares en que la duración se ajusta a la prevista en la duración óptima X 100 / Total de procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares
Fuente	ITESAN
Meta	>55%

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 del año correspondiente
	Puntualidad 2: La codificación se cerrará antes del 1 de julio del año correspondiente con un porcentaje de codificación superior al 95% en CMBD-AH y CMA.
	Puntualidad 3: Notificación con un porcentaje de codificación superior al 95% y reducción del plazo en un mes o más en relación con la anualidad previa.
	Calidad 1: La suma de episodios no remitidos, con diagnóstico o procedimiento no codificados o con diagnóstico principal inexistente será <5% de las altas, en términos de SIAE o ESCRI para el CMBD-AH y CMA. Si no se alcanza pero se supera en diez puntos porcentuales los resultados del año anterior la puntuación será del 50% previsto en la ponderación.
	Calidad 2: Cumplimentación válida de variables demográficas >95%
	Calidad 3: La suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica del CMBD de Urgencias será inferior al 5%.
	Calidad 4: Notificación de, al menos, una de las nuevas actividades previstas para los CMBD ambulatorios no aportadas en anualidades anteriores.
Fuente	CMBD
Meta	100%
Ponderación	Puntualidad 1 x 5% + puntualidad 2 x 5% + Puntualidad 3 x 5% +calidad 1 x 70% +calidad 2 x 5% + calidad 3 x 5% + calidad 4 x 5%
Periodicidad	Trimestral y anual
Desglose	Gerencias de los hospitales





Anexo 4

Uso Apropiado de los Medicamentos



LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:51:54

MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

08/06/2020 12:01:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1b16d87-096f-385b-6aac-0050569b6280

4.1 Medicina Familiar y Comunitaria.

4.1.1 Eficiencia en la prestación farmacéutica.

4.1.1.1 Importe por paciente ajustado por morbilidad y complejidad	
Fórmula	Desvío en el importe de los productos farmacéuticos prescritos mediante receta médica en médicos de Medicina Familiar y Comunitaria/ Paciente estratificado, respecto al valor del importe/paciente estratificado en el Servicio Murciano de Salud el año anterior
Fuente	Estratificación poblacional años 2016/2017. AdN-Farmacia
Meta	<=1%

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	≤ 3,5

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	≤ 16,5

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	≤ 0,46



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	≤43%

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	≤ 8

4.2.2.2 Niños menores de 3 años con catarro de vías altas tratados con antibióticos	
Fórmula	Número de menores de tres años con CVA tratados con antibióticos / Número de menores de tres años con CVA x 100
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤ 15%

4.3 Salud Mental.

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	≤27%



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 IDIOPATICA
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≤1DS en todas las patologías seleccionadas

4.4.1.4	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos sistémicos de 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	≤ 900

4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

4.5.5	Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria
Fórmula	Pacientes tratados con biosimilares incluidos en Resoluciones de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (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	≥60%



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%

Anexo 5

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES





LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:51:54

MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

08/06/2020 12:01:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1b16d87-096f-385b-f9ac-00505696280

5.1. Formación sanitaria especializada.

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: Evaluación y resultados de la implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia

5.2. Formación continuada.

5.2.3	Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
Fórmula	$\text{Profesionales distintos} \times 100 / \text{Profesionales fijos} + \text{interinos} + \text{eventuales estructurales} + \text{residentes al final de año anterior}$
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	≥50% de los profesionales de los grupos A1, A2 y C1 ≥45% de los profesionales de los grupos C2 y E





LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:51:54

MARQUES EPI, JUAN ANTONIO

08/06/2020 12:01:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-1d1b16d87-a96f-385b-f9ac-00505696280

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: 74.750.834,94 €

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: 22.525.734,02 €

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: 17.461.581,38 €

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: 9.301.017,33 €

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: 47.059.209,64 €



6.1.7	Recaudación en cobros a terceros
Fórmula	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
Meta	≥ 80% Objetivo asignado: 1.350.000,00 €

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	((Gasto medio por prótesis implantada en 2020 – gasto medio por prótesis implantada en 2019) x 100)/Gasto medio por prótesis implantada en 2019
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del gasto medio por prótesis en un 5%

6.1.9.1	Gasto medio por prótesis implantada de Traumatologías sobre gasto medio en el SMS
Fórmula	Gasto medio por prótesis implantada en el Área de Salud x 100 / Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del gasto medio por prótesis implantadas en el Área sobre el gasto medio de las prótesis implantadas en el conjunto del Servicio Murciano de Salud

6.1.10	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) implantados
Fórmula	((Gasto medio por dispositivo implantado en 2020 – Gasto medio por dispositivo implantado en 2019) x 100)/Gasto medio por dispositivo implantado en 2019
Fuente	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del gasto medio por dispositivo en un 5%



6.1.10.1	Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) sobre gasto medio del SMS
Fórmula	Gasto medio en marcapasos y desfibriladores automáticos implantados en el Área de Salud x 100 / Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud
Fuente	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
Meta	Reducción del gasto medio de los dispositivos implantados en el Área sobre el gasto medio de los dispositivos implantados en el conjunto del Servicio Murciano de Salud

6.1.11	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria
Fórmula	Número de tratamientos diana con precio medio por debajo del precio medio del SMS x 100 / Número total de tratamientos diana del Área
Fuente	Información extraída de PIN
Meta	≥60%

6.1.12	Variabilidad de tratamientos de dispensación ambulatoria Precios medios en el total de tratamientos seleccionados
Fórmula	Precio medio de todos los tratamientos diana dispensados por el Área – Precio medio del SMS para los mismos tratamientos diana.
Fuente	Información extraída de PIN
Meta	Reducción del gasto medio de los tratamientos diana



Región de Murcia
Consejería de Salud



ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca



**Acuerdo de
Gestión
2020**

