



# ACUERDO DE GESTIÓN 2020

Gerencia del Área de Salud I

ÁREA DE SALUD 1  
MURCIA-OESTE

**Arrixaca**

# ADENDA



Región de Murcia  
Consejería de Salud





BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

05/06/2020 12:50:07

LOPEZ, SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:52:07

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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280



## 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:**

- 2.2.3.3 Inicio temprano de la lactancia materna
- 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 diagnóstico de 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
- 2.7.1 Mejora en la coordinación en Salud mental. El punto b. Mejora de la coordinación intrainstitucional: Constitución de una Comisión mixta SM-AP en cada área
- 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 Benzodicepinas (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

2.2.1.2 Registro único de Hemodinámica

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	<b>Objetivos COVID-19.</b>	150
2	<b>Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.</b>	345
3	<b>Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.</b>	205
4	<b>Uso apropiado de los medicamentos.</b>	80
5	<b>Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.</b>	20
6	<b>Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.</b>	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

EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD I

D. Asensio López Santiago

D. Ángel Baeza Alcaraz



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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b46280





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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280





# Anexo 1

---

---

## Objetivos COVID-19

---

---

<b>1.1</b>	<b>Protocolo corporativo para el manejo de nuevos pacientes COVID-19</b>
<b>Fórmula</b>	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)
<b>Fuente</b>	Gerencia de las Áreas y actas de las reuniones
<b>Meta</b>	Asistencia al 90% o más de las reuniones de trabajo para el diseño del Protocolo. Implementación del mismo en las áreas de salud

<b>1.2</b>	<b>Protocolo corporativo para el seguimiento tras el alta de los pacientes atendidos por COVID19 en atención primaria</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Gerencia de las Áreas y actas de las reuniones
<b>Meta</b>	Asistencia al 90% o más de las reuniones de trabajo para el diseño del Protocolo. Implementación del mismo en las áreas de salud

<b>1.3</b>	<b>Actividades de seguimiento a población vulnerable</b>
<b>Fórmula</b>	Planificación y ejecución del plan para seguimiento de la población vulnerable
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencias
<b>Meta</b>	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

<b>1.4</b>	<b>Proyecto de Intervención comunitaria</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Gerencias
<b>Meta</b>	≥90% de EAP

<b>1.5</b>	<b>Implantación en atención hospitalaria de consultas no presenciales de apoyo a la atención primaria</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencias
<b>Meta</b>	Indicador 1: 80% para finales de junio y 100% para finales de septiembre Indicador 2: 100% en ≤7 días y 50% en ≤ 4 días.

<b>1.6 Plan de Consultas de Alta Resolución</b>	
<b>Fórmula</b>	Definición y puesta en marcha del Plan de Consultas de Alta Resolución (CAR) de los Servicios Asistenciales
<b>Fuente</b>	Informe de la Gerencias
<b>Meta</b>	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

<b>1.7 Altas en el Portal del Paciente</b>	
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Portal del paciente
<b>Meta</b>	≥30%

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





BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

05/06/2020 12:50:07

LOPEZ, SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:52:07

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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280

## 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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280





## 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	
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores anteriores x 100/valoraciones realizadas	
<b>Fuente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de actividades realizadas debidamente documentadas</li> <li>- Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria</li> </ul>	
<b>Meta</b>	Porcentaje que se indica para cada indicador	
<b>Indicadores seleccionados</b>		<b>Meta</b>
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
<b>Fórmula</b>	Usuarios que califican con 8 o más su satisfacción con el centro de salud x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
<b>Meta</b>	≥ 85%

2.1.3	Accesibilidad general en Atención Primaria
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria
<b>Meta</b>	≥80%

2.1.5	Satisfacción en el Área de Hospitalización
<b>Fórmula</b>	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	≥90%



2.1.6	Información en el Área de Hospitalización
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	≥85%

2.1.7	Comida en el Área de Hospitalización
<b>Fórmula</b>	Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x100/Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización
<b>Meta</b>	≥75%

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

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

2.1.12	Comida en el Área Obstétrica
<b>Fórmula</b>	Mujeres que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida Servicios Obstétricos
<b>Meta</b>	≥85%

2.1.13	Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	≥80%



2.1.14	Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	≥70%

2.1.16	Identificación en el Área de Urgencias Hospitalarias
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Urgencias Hospitalarias
<b>Meta</b>	≥90%

2.1.17	Satisfacción en el Área de Consultas Externas
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con las Consultas Externas del hospital x100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	≥80%

2.1.18	Accesibilidad en el Área de Consultas Externas
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	≥80%

2.1.19	Información en el Área de Consultas Externas
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas
<b>Meta</b>	≥90%

2.1.21	Satisfacción en el Área de Hospitalización Pediátrica
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
<b>Meta</b>	≥95%



2.1.22	Información en el Área de Hospitalización Pediátrica
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
<b>Meta</b>	≥90%

2.1.23	Organización en el Área de Hospitalización Pediátrica
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Total de valoraciones
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica
<b>Meta</b>	≥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)
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por SCACEST cuyo tiempo desde la llegada a la puerta del hospital PCI hasta la angioplastia es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes dados de alta por SCACEST con realización de angioplastia primaria
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

2.2.1.2	Registro único en la Unidad de Hemodinámica
<b>Fórmula</b>	Diseño y puesta en marcha de la base de datos única en las Unidades de Hemodinámica
<b>Fuente</b>	Gerencia de las áreas 1 y 2
<b>Meta</b>	Informe con las variables a recoger, codificación de las mismas y formato de recogida Puesta en marcha del registro para antes del 31 de diciembre

### 2.2.2 Atención al Parto.

2.2.2.1	Episiotomías en partos eutócicos
<b>Fórmula</b>	Mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía x 100 / Mujeres con parto eutócico
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 20%



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

## 2.2.3 Impulsar la lactancia materna.

<b>2.2.3.1</b>	<b>Tasa de lactancia materna exclusiva al alta</b>
<b>Fórmula</b>	Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥75%

<b>2.2.3.4</b>	<b>Maternidad en programa de acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)</b>
<b>Fórmula</b>	Maternidad que alcanzan la fase de desarrollo de la IHAN (Fase 2D Hospitales) x 100 / Maternidades del SMS
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	100%

## 2.2.4 Cáncer.

<b>2.2.4.1</b>	<b>Evaluación por el Comité de cáncer de mama</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluados por el Comité de cáncer x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
<b>Fuente</b>	Informe
<b>Meta</b>	≥95%

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



## 2.2.6 Ictus isquémico.

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

## 2.2.7 Cuidados hospitalarios.

2.2.7.1	Valoración del paciente de la Acogida al ingreso
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida
<b>Meta</b>	≥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 preguntó 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
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤2,5%

2.2.7.7	Valoración temprana del riesgo de caídas
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%



2.2.7.10	Informe de continuidad de cuidados al alta
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 70%

2.2.7.10.1	Informe de continuidad de cuidados al alta en maternidad
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en maternidad con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en maternidad
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 95%

2.2.7.10.2	Informe de continuidad de cuidados al alta en psiquiatría
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en psiquiatría con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en psiquiatría
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 80%

### 2.3 Cuidados Paliativos.

2.3.1	Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos
<b>Fórmula</b>	Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≥90%

### 2.4 Indicadores de “No hacer”.

2.4.1	Prescripción de radiografía de tórax en pacientes de bajo riesgo anestésico
<b>Fórmula</b>	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)
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 10%



<b>2.4.6</b>	<b>Uso de paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática</b>
<b>Fórmula</b>	Envases de paracetamol 1g dispensados a través de receta oficial x 100/ Envases de paracetamol dispensados a través de receta oficial
<b>Fuente</b>	Cinta de facturación del COF
<b>Meta</b>	≤ 50%

<b>2.4.8</b>	<b>Autoanálisis en pacientes con diabetes tipo 2 no insulino dependientes</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	OMI, Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 30%

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

## 2.5 Atención Primaria.

### 2.5.1 Atención al niño.

<b>2.5.1.1</b>	<b>Primera revisión en recién nacidos en los 10 días siguientes al parto</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	OMI, CIVITAS
<b>Meta</b>	≥50%

<b>2.5.1.3</b>	<b>Equipos de Atención Primaria en programa de acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)</b>
<b>Fórmula</b>	Equipos de Atención Primaria que alcanzan la fase de desarrollo de la IHAN (Fase 2D Centros de Salud) x 100 / Equipos de Atención Primaria
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	≥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 inmovilizados (CIAP A28)
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	<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%



<b>2.5.9.2</b>	<b>Cobertura de vacunación frente al Meningococo C y 1ª dosis de Triple vírica</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
<b>Meta</b>	≥ 95%

<b>2.5.9.3</b>	<b>Cobertura de vacunación frente al Virus Papiloma Humano (VPH)</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Programa Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, OMI y CIVITAS
<b>Meta</b>	≥ 85%

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

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

## 2.5.10 Continuidad asistencial.

<b>2.5.10.1</b>	<b>Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	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
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Informe remitido a la SGCASE antes del 29 de mayo de 2020

2.6.1.2	Equipo IRAS-PROA
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	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
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	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)
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional del Área en el Grupo de diseño del protocolo corporativo de gestión de MMR en el SMS
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	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)
<b>Fórmula</b>	Participación en el EPINE 2020
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	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



<b>2.6.1.6</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía colorrectal</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤12%

<b>2.6.1.7</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)</b>
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de HPRO en el periodo de estudio
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤ 2%

<b>2.6.1.8</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis rodilla (KPRO)</b>
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos KPRO en el período de estudio x 100/ Intervenciones de KPRO en ese periodo de estudio
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤ 3%

<b>2.6.1.14</b>	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras By-pass aortocoronario</b>
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos tras By-pass aortocoronario en el período de estudio x 100/ Intervenciones de By-pass aortocoronario en ese periodo de estudio
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	≤ 4%

## Recomendaciones de “No Hacer”.

<b>2.4.2</b>	<b>Sondaje vesical en pacientes con cirugía</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 50%



2.4.4	Profilaxis antibiótica mantenida tras la cirugía
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente con profilaxis antibiótica mantenida durante el primer día tras la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente
<b>Fuente</b>	SELENE, Silicon/SAVAC, ICA (UCI)
<b>Meta</b>	≤ 15%

## Unidades de Cuidados Intensivos.

2.6.1.9	Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤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)
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤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
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤ 5% Informe de los resultados obtenidos junto con la interpretación de los mismos y propuesta de plan de intervención



<b>2.6.1.12</b>	<b>Densidad de incidencia de la infección del tracto urinario relacionada con sondaje uretral (ITU-SU) por 1.000 días de dispositivo en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Número de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / Total de días de sondaje
<b>Fuente</b>	Registro ENVIN-Comisión IRAS-PROA del Área
<b>Meta</b>	≤ 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

<b>2.6.1.13</b>	<b>Rondas de seguridad en el área de críticos</b>
<b>Fórmula</b>	Se realizará rondas de seguridad en las que participe la Dirección del Área de acuerdo al protocolo
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	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.

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

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

<b>2.6.2.3</b>	<b>Guía de tratamiento antimicrobiano en pediatría</b>
<b>Fórmula</b>	Participación de, al menos 1 profesional del Área, en el Grupo de diseño de la Guía
<b>Fuente</b>	Presidencia Comisión IRAS-PROA del Área de Salud
<b>Meta</b>	Participación activa en el 90% o más de las reuniones de trabajo 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
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos quirúrgicamente con indicación y prescripción de profilaxis antibiótica adecuada al protocolo del SMS x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

2.6.3.3	Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ x 100 / Pacientes intervenidos de cirugía programada
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥90%

2.6.3.6	Profilaxis tromboembólica adecuada al alta en cirugía oncológica colorrectal
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 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
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%

### 2.6.5 Código Sepsis.

2.6.5.1	Protocolo corporativo sobre Código Sepsis
<b>Fórmula</b>	Participación de al menos 1 profesional de cada área en el grupo de trabajo para el diseño del Protocolo.
<b>Fuente</b>	Gerencia de las Áreas
<b>Meta</b>	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.

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

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

<b>2.7.4</b>	<b>Plan de Actuación Coordinada (PAC) en la Historia Clínica de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave</b>
<b>Fórmula</b>	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 <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>
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	>80%

<b>2.7.5</b>	<b>Uso de la Historia clínica electrónica en salud mental (CSM, UR y HDIJ)</b>
<b>Fórmula</b>	Primeras consultas con informes en Selene X 100/ Primeras consultas en cada uno de los centros <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>
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	>85%



## 2.8. Consentimiento Informado.

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

## 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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280



### 3.1 Accesibilidad.

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

<b>3.1.6</b>	<b>Pacientes que rebasan el tiempo de espera máximo para servicios hospitalarios</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	0

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

<b>3.1.13</b>	<b>Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE-PIN
<b>Meta</b>	≥90%



<b>3.1.14</b>	<b>Cita en agenda mayor de 48h en agenda de Médicos de Familia</b>
<b>Fórmula</b>	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)
<b>Fuente</b>	OMI
<b>Meta</b>	≤7%

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

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

<b>3.1.21</b>	<b>Demora media para primera cita en los Centros de Salud mental</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Selene
<b>Meta</b>	<50 días

## 3.2 Uso adecuado de los recursos.

<b>3.2.1</b>	<b>Rendimiento quirúrgico</b>
<b>Fórmula</b>	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)
<b>Fuente</b>	SELENE - PIN
<b>Meta</b>	>85%



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

<b>3.2.10</b>	<b>Demora en el alta hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	1. ≥35% 2. ≥40% A partir de la actualización de Selene

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

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

### 3.3 Incapacidad Temporal.

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



3.3.2	Porcentaje de altas que no superan la duración óptima
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	ITESAN
<b>Meta</b>	>60%

### 3.4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.

3.4.1	Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)
<b>Fórmula</b>	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: Complimentación 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.
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Meta</b>	100%
<b>Ponderación</b>	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%
<b>Periodicidad</b>	Trimestral y anual
<b>Desglose</b>	Gerencias de los hospitales







## Anexo 4

---

# Uso Apropiado de los Medicamentos

---



BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

05/06/2020 12:50:07

LOPEZ, SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:52:07

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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569h4280

## 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	
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Estratificación poblacional años 2016/2017. AdN-Farmacia
<b>Meta</b>	<=1%

### 4.1.2 Calidad basada en la selección de medicamentos.

4.1.2.1 Antibióticos de amplio espectro/espectro reducido	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos de amplio espectro / DDD antibióticos espectro reducido, prescritos en Atención Primaria
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 3,5

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

4.1.3.1 Antibióticos sistémicos	
<b>Fórmula</b>	Dosis Diarias Definidas x 1.000 habitantes y día (DHD), de antibióticos sistémicos (grupo J01) prescritos en atención primaria
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 16,5

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



## 4.2 Pediatría de Atención Primaria.

### 4.2.1 Calidad Basada en la selección de medicamentos.

4.2.1.1	Amoxicilina-clavulánico
<b>Fórmula</b>	DDD de amoxicilina-clavulánico prescrito en Pediatría x 100 /DDD de penicilinas prescritas en Pediatría
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤41%

### 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
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 8

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

## 4.3 Salud Mental.

4.3.2	Pacientes tratados con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud
<b>Fórmula</b>	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤29%



## 4.4 Especialidades hospitalarias.

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

<b>4.4.1.1</b>	<b>Desviación en el coste/paciente en patologías de alto impacto</b>
<b>Fórmula</b>	(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
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤1DS en todas las patologías seleccionadas

<b>4.4.1.4</b>	<b>Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos sistémicos de antibióticos en el hospital por cada 1.000 estancias (IRAS-PROA)</b>
<b>Fórmula</b>	Número total de Dosis Diarias Definidas de antibióticos sistémicos (J01) en el periodo x 1.000 / Número total de estancias durante el periodo.
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≤ 900

## 4.5 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

<b>4.5.5</b>	<b>Pacientes en tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	≥60%



4.5.6 Pacientes que inician tratamiento con Biosimilares de prescripción hospitalaria	
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
<b>Meta</b>	100%

## Anexo 5

---

# PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

---





BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

05/06/2020 12:50:07

LOPEZ, SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:52:07

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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280



## 5.1. Formación sanitaria especializada.

<b>5.1.3</b>	<b>Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes en la puerta de Urgencias</b>
<b>Fórmula</b>	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
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe: Evaluación y resultados de la implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia

## 5.2. Formación continuada.

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





BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

05/06/2020 12:50:07

LOPEZ, SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:52:07

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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280

## Anexo 6

---

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

---





BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

05/06/2020 12:50:07

LOPEZ, SANTIAGO, ASENSIO

05/06/2020 13:52:07

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-19363b00-4723-8d53-373f-0050569b4280

## 6.1 Presupuesto.

6.1.1	Gastos en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 172.810.501,55 €

6.1.2	Gasto en productos farmacéuticos hospitalarios
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en productos farmacéuticos hospitalarios x 100 / Presupuesto asignado en gasto de productos farmacéuticos hospitalarios
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 85.650.167,81 €

6.1.3	Gasto en material sanitario
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 73.510.784,84 €

6.1.4	Gasto en conciertos y autoconcierto
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en gasto en conciertos y autoconcierto x 100 / Presupuesto asignado en gasto en conciertos y autoconcierto
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 20.793.732,07 €

6.1.5	Gasto en receta farmacéutica
<b>Fórmula</b>	Presupuesto ejecutado en gasto en receta médica x 100 / Presupuesto asignado en receta médica
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
<b>Meta</b>	≤ 100% Presupuesto asignado: 67.723.567,43 €



6.1.7	Recaudación en cobros a terceros
<b>Fórmula</b>	Importe ejecutado de recaudación en cobros a terceros x 100 / Importe asignado en recaudación en cobros a terceros
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Recaudación
<b>Meta</b>	≥ 80% Objetivo asignado: 4.089.000,00 €

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

6.1.9	Gasto medio por prótesis implantada de traumatología
<b>Fórmula</b>	((Gasto medio por prótesis implantada en 2020 – gasto medio por prótesis implantada en 2019) x 100)/Gasto medio por prótesis implantada en 2019
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	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
<b>Fórmula</b>	Gasto medio por prótesis implantada en el Área de Salud x 100 / Gasto medio por prótesis implantada en el Servicio Murciano de Salud
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	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)
<b>Fórmula</b>	((Gasto medio por dispositivo implantado en 2020 – Gasto medio por dispositivo implantado en 2019) x 100)/Gasto medio por dispositivo implantado en 2019
<b>Fuente</b>	Secretaria General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	Reducción del gasto medio por dispositivo en un 5%



<b>6.1.10.1</b>	<b>Gasto medio por marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) sobre gasto medio del SMS</b>
<b>Fórmula</b>	Gasto medio en marcapasos y desfibriladores automáticos implantados en el Área de Salud x 100 / Gasto medio por dispositivo implantado en el Servicio Murciano de Salud
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica. Consulta ZCCLP Listado de Pedidos, del sistema de información SAP R3
<b>Meta</b>	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

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

<b>6.1.12</b>	<b>Precios medios en el total de tratamientos seleccionados</b>
<b>Fórmula</b>	Precio medio de todos los tratamientos diana dispensados por el Área – Precio medio del SMS para los mismos tratamientos diana.
<b>Fuente</b>	Información extraída de PIN
<b>Meta</b>	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**

05/06/2020 13:52:07

05/06/2020 12:50:07 LOPEZ SANTIAGO, ASENSIO

BAEZA, ALCARAZ, ANGEL

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-19363b00-4723-8d53-373f-00569b4280

