



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud

PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2022

**GERENCIA REGIONAL
DE SALUD**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2022.....	4
III. CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO.....	5
IV. OBJETIVOS E INDICADORES.....	7
- OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	10
- OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	29
- OBJETIVOS DE ÁREA DE SALUD.....	48

INTRODUCCIÓN

La protección de la salud es uno de los derechos sociales más importantes al que deben de responder los poderes públicos, a través de la puesta en marcha de acciones encaminadas a la prevención, promoción y recuperación de la salud de los ciudadanos.

El Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, establece que ésta elaborará y desarrollará un Plan Anual de Gestión cuyo fin es la optimización de los recursos disponibles y la mejora continua de la calidad.

La Gerencia Regional de Salud ha desarrollado planes de gestión, que han ido evolucionando hacia un sistema sanitario que garantice la continuidad asistencial, potenciando los principios de universalidad, equidad e igualdad en el acceso, igualdad social y equilibrio territorial, entre otros.

El objetivo fundamental de este documento es evaluar el alcance de las metas y resultados, para la mejora de la calidad asistencial prestada a los ciudadanos de Castilla y León, con sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos.

Todo ello, para conseguir mantener el estado de salud de nuestros ciudadanos a través de la educación sanitaria, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la rehabilitación de los procesos, promoviendo simultáneamente la humanización del servicio y la seguridad del paciente como pilares del proceso de atención de los mismos.

Además, nuestros centros deben continuar siendo referentes de formación y entrenamiento para los profesionales del sistema, participando en el desarrollo de actividades de investigación e innovación en salud, con el fin de mejorar permanentemente los estándares de calidad.

El presente Plan pretende dar continuidad a los objetivos que comprometen a ambos niveles asistenciales, así como al ámbito de aplicación global en el Área de Salud, manteniendo los objetivos básicos y fundamentales que sustentan nuestro sistema sanitario y, teniendo en cuenta la situación de pandemia que estamos viviendo y que aún hoy, sigue influyendo en nuestra labor asistencial.

PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2022

El Servicio de Salud de Castilla y León tiene la responsabilidad de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Con el escenario de pandemia por COVID-19, el desarrollo anual de un Plan de Gestión supone una progresión de **objetivos factibles** en el tiempo, que se adecúen a una situación sin precedentes, e **indicadores**, que posibiliten el seguimiento del grado de realización de los mismos. Los centros, a su vez, han de establecer acuerdos de Gestión con las diferentes unidades asistenciales, de acuerdo con su organización particular.

En este contexto, se sigue manteniendo como **Objetivo e Indicador Clave**, el del “Cumplimiento Presupuestario”, como elemento fundamental para garantizar la viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Pero, además se configuran una serie de **objetivos estratégicos**, dentro de su área específica de actuación.

CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO

INDICADOR CLAVE:

Cumplimiento del gasto público fijado en el PAG del Centro de Gasto:

INDICADOR CLAVE	Balance asignación crédito / gasto
VALOR	Coeficiente
CÁLCULO	$\frac{\text{Gasto Real (Capítulo I y II y subconcepto 4800Z)} \times 100}{\text{Límite de gasto fijado en el P. A. G. (Capítulos I y II y subconcepto 4800Z)}}$
FUENTE	Fichas FGE y SICCAL
ESTÁNDAR	5 niveles

Explicación de los términos del indicador y criterios de valoración del resultado obtenido:

El importe asignado en el Plan Anual de Gestión incluye:

- a) Para las Gerencias de Asistencia Sanitaria y Gerencias Integradas:
 - La totalidad del gasto del centro imputable a los capítulos 1 y 2 de su estado de gastos.
 - La totalidad del gasto imputable al subconcepto 4800Z.
- b) Para las Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Atención Hospitalaria:
 - La totalidad del gasto del centro imputable a los capítulos 1 y 2 de su estado de gastos.
 - La parte del gasto imputable al subconcepto 4800Z del estado de gastos de la respectiva Gerencia de Salud de Área o de las Áreas, en la proporción que determine la Dirección Técnica de Prestación Farmacéutica de la Dirección General de Sistemas de información, Calidad y Prestación Farmacéutica.

En ningún caso la autorización por parte de los servicios centrales de contrataciones o nuevas acciones podrá suponer un incremento del objetivo de gasto asignado, salvo que expresamente sea autorizado por el órgano de dirección económica, presupuestaria y financiera de la Gerencia Regional de Salud.

Para la evaluación del cumplimiento de este indicador se atenderá a la totalidad del gasto de los capítulos 1 y 2 y de la totalidad o parte que corresponda del subconcepto 4800Z en los términos mencionados anteriormente, de modo que el gasto entre ellos será intercambiable salvo el correspondiente al artículo 26. En este último caso, el gasto vendrá limitado por la autorización y modificaciones realizadas desde la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.

Estándar: se valoran 5 niveles de cumplimiento:

Nivel 1:	Indicador > 100 %	Coeficiente= 0,00
Nivel 2:	99,5% < Indicador ≤ 100%	Coeficiente= 1,00
Nivel 3:	98% < Indicador ≤ 99,5%	Coeficiente= 1,05
Nivel 4:	96,5% < Indicador ≤ 98%	Coeficiente= 1,10
Nivel 5:	Indicador ≤ 96,5%	Coeficiente= 1,15

RESUMEN DE OBJETIVOS E INDICADORES

OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

500

✱	OBJ 1. Mejorar la prestación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria	80
	1.1: Cobertura de la Cartera de Servicios	
	1.2: Mejorar el seguimiento de la obesidad, la cobertura de la vacunación y la detección de los malos tratos a la población infantil	
✱	OBJ 2. Potenciar la implantación del proceso de prevención y atención de la conducta suicida	20
	2.1 Detección del riesgo suicida en los procesos de atención a las personas con ansiedad y/o depresión	
✱	OBJ 3: Mejorar la calidad de vida de las personas con pluripatología crónica compleja (PCC) y personas dependientes	80
	3.1: Índice de actividad del PCC	
	3.2: Atención domiciliaria en personas dependientes	
	3.3: Mejora del seguimiento, revisión y adherencia terapéutica	
✱	OBJ 4: Mejorar la atención mediante la adecuada canalización de la demanda	50
	4.1: Implantación nuevo modelo de atención al ciudadano en Unidades Administrativas	
	4.2: Respuesta a la demanda asistencial en las primeras 24 horas	
✱	OBJ 5: Mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica en Centros Residenciales	40
	5.1: Implantar un procedimiento de indicación, prescripción, dispensación y administración de medicamentos que optimice la farmacoterapia en los centros residenciales	
✱	OBJ 6. Mejorar la eficiencia de la gestión de la demanda asistencial del Equipo de Atención Primaria con la participación de enfermería.	40
	6.1: Consolidación de las consultas de gestión de la demanda	
✱	OBJ 7: Impulsar y consolidar el Proyecto Paciente Activo en Diabetes Mellitus tipo 2 en las Gerencias de Atención Primaria de Castilla y León.	30
	7.1: Desarrollo de acciones formativas de Fase II/III del Proyecto Paciente activo en DM2	
✱	OBJ 8: Mejorar la participación de la población en la asistencia sanitaria	50
	8.1: Realización de tres reuniones anuales del Consejo de Salud de Zona, en cada Zona Básica de Salud del Área.	
✱	OBJ 9: Extensión del escritorio profesional	10
	9.1: Acceso y utilización del escritorio del profesional en Atención Primaria	
✱	OBJ 10: Garantizar la accesibilidad a la asistencia sanitaria en todos los núcleos de población y mejora en términos de eficiencia y calidad de la atención	100
	10.1: Actividad presencial realizada por los profesionales	
	10.2: Existencia de agendas para solicitar consulta presencial, accesibles a la población	

OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

500

✱	OBJ 1. Reducir y mejorar la lista de espera la Lista de Espera	245
	1.1. Número de pacientes en LEQ Total	
	1.2. Número de pacientes en LEQ Estructural	
	1.3. Demora media estructural.	
	1.4. Número de pacientes en lista de espera de consultas externas	
	1.5. Número de pacientes en lista de espera de Técnicas Diagnósticas	
	1.6. Reducir las intervenciones quirúrgicas suspendidas.	
	1.7. Potenciar la CA (Cirugía Ambulatoria)	
✱	OBJ 2. Pacientes atendidos en la Unidad de Diagnóstico Rápido. UDR < 72 horas	25
	2.1: Pacientes atendidos en la UDR dentro de las primeras 72 horas.	
✱	OBJ 3. Pacientes atendidos en las Consultas de Alta Resolución	25
	3.1: Porcentaje de pacientes atendidos en las CAR	
✱	OBJ 4. Consolidación del circuito intrahospitalario Código Ictus y formación de los profesionales	15
	4.1: Valoración del circuito intrahospitalario Código Ictus y formación de los profesionales	
✱	OBJ 5. Abordaje del paciente con cáncer. Estrategia ONCYL	40
	5.1: Valoración de los pacientes oncológicos por el Comité de Tumores	
	5.2: Capitación y derivación de los casos de cáncer infantil para valoración por el Comité	
✱	OBJ 6. Mejorar la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica en Atención Hospitalaria	50
	6.1: Eficiencia en gasto farmacéutico en Atención Hospitalaria	
✱	OBJ 7. Mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes externos	15
	7.1: Grado de implantación del programa de mejora de la adherencia al tratamiento de pacientes externos	
✱	OBJ 8. Mejora de la calidad y seguridad del paciente en el área de cuidados	30
	8.1: Fomentar la seguridad del paciente en las distintas unidades de enfermería.	
✱	OBJ 9. Vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (Z.IRAS)	15
	9.1: Monitorización de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria mediante Z.IRAS	
✱	OBJ 10 .Mejora de la seguridad de la práctica clínica en áreas críticas	15
	10.1: Índice de seguridad en Áreas Críticas (ISAC)	
✱	OBJ 11. Incorporación a la cartera de servicios tres consultas de cuidados de enfermería e Implementación de Gacela en las consultas de enfermería.	25

OBJETIVOS DE ÁREA DE SALUD

500

✱	OBJ 1. Eficiencia Programas de Cribado (Ca. Colorrectal, Ca. Cérvix, Ca. de mama)	40
	1.1: Colonoscopias realizadas en menos de 2 Meses en el cribado de cáncer colorrectal	
	1.2: Estudio ginecológico de confirmación realizado en tiempo en el de cáncer de cuello uterino	
	1.3: Tiempo de valoración adicional (Ecografía) en el cribado de cáncer de mama	
	1.4: Tiempo de valoración adicional (Biopsia) en el cribado de cáncer de mama	
✱	OBJ 2. Mejorar la cobertura, calidad y resultados de los procesos asistenciales	40
	2.1: Índice de calidad en la práctica asistencial (ICPA)	
✱	OBJ 3. Mejorar la eficiencia y la calidad de la prestación farmacéutica en el Área de Salud	60
✱	OBJ 4. Mejorar la farmacoterapia y adecuación de los medicamentos en los pacientes polimedicados	15
	4.1: Implantar estrategias y actividades que consolide la revisión del plan terapéutico	
✱	OBJ 5. Mejorar el funcionamiento y funcionalidades de los sistemas de información	35
	5.1: Índice de calidad y mejora en el registro de los Sistemas de Información Sanitaria	
✱	OBJ 6. Implantación de la Interconsulta No Presencial (ICNP) entre AP y AH	20
	6.1: Índice de implantación de la ICNP	
✱	OBJ 7. Diseño e implementación de protocolos organizativos de telepresencia en cada área sanitaria	30
	7.1: Telepresencia en la atención integral de la urgencia, entre AP y AH	
	7.2: Atención urgente por telepresencia en el hospital.	
	7.3: Telepresencia en la consulta ordinaria de la UCA	
	7.4: Telepresencia para la UCA en la agenda del Servicio de Medicina Interna	
✱	OBJ 8: Mejora de la seguridad de la práctica clínica	40
	8.1 SISNOT	
	8.2 Recomendaciones NO HACER consensuadas por las Sociedades Científicas	
	8.3 Prevención de las infecciones mediante la higiene de manos	
	8.4 Intervenciones educativas y asesoras por los equipos PROA	
✱	OBJ 9. Indicador de mejora de la calidad de la Contabilidad Analítica (ICA)	10
✱	OBJ 10. Previsión ajustada del gasto sanitario en sus capítulos I y II durante todo el ejercicio.	10
✱	OBJ 11. Mejorar la calidad de la formación de especialistas en Ciencias de la Salud	70
	11.1: Mejora de la gestión de la FSE (Formación Sanitaria Especializada)	
✱	OBJ 12. Promover la difusión de los resultados obtenidos en materia de investigación e innovación	10
✱	OBJ 13. Humanización en la asistencia sanitaria: Implementación del Plan Persona.	80
	13.1: Índice de humanización en la asistencia sanitaria (IHumAs)	
	13.2: Plan Persona, implementación y consolidación (IPPic)	
✱	OBJ 14. Desarrollo de actuaciones de mejora dirigidas a los profesionales.	20
	14.1 Detección de necesidades formativas y Acceso a la formación continuada de los profesionales	
	14.2: Seguimiento plan formativo anual y evaluación de resultados de la formación	
✱	OBJ 15. Potenciar las medidas en la Salud Laboral	20
	15.1: Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja laboral (excluidos los biológicos)	
	15.2: Porcentaje de personal vacunado frente a la gripe estacional	

OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO 1: Mejorar la prestación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria

Alcanzar los estándares de cobertura mínima exigidos para cada uno de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

INDICADOR 1.1	Cobertura Cartera de Servicios
VALOR	45
CÁLCULO	Porcentaje de Servicios de Cartera que cumplen el estándar de cobertura propuesto para cada uno de ellos/Total de Servicios de Cartera
FUENTE	Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora) y registro específico para los servicios de educación para la salud en centros educativos, educación para la salud con grupos e intervenciones comunitarias.
ESTÁNDAR	80% de Servicios deben alcanzar o superar el estándar

SERVICIOS	Estándar de Cobertura 2022
Actividades de Prevención y promoción	
Vacunación menores de 2 años	
Vacunaciones infantiles triple vírica	
Vacunaciones infantiles 14 años	
Atención a niños y niñas de 0 a 23 meses	
Atención a niños y niñas de 2 a 5 años	
Atención a niños y niñas de 6 a 14 años	
Atención bucodental en la población infantil	
Actividades de prevención y promoción en el joven	
Atención a la mujer durante el embarazo	
Educación maternal, paternal y de la crianza	
Atención a la mujer en el puerperio	
Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero	
Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de mama	
Atención a la Mujer en el Climaterio	

Detección precoz y prevención de violencia de género en mujeres	
Vacunación antigripal >60 años	
Vacunación antigripal <60 años	
Vacunación antineumocócica >65 años	
Vacunación antineumocócica <65 años	
Actividades de prevención y promoción en el adulto	
Actividades de prevención y promoción en mayores	
Valoración de los factores de riesgo cardiovascular	
Cribado y diagnóstico precoz de cáncer colorrectal	
Procesos de Atención	
Atención a niños y niñas con asma	
Atención al sobrepeso y obesidad infanto-juvenil	
Detección precoz y abordaje de maltrato en infancia y adolescencia	
Atención a la persona con trastorno por TDAH	
Atención a la mujer que sufre violencia de género	
Atención a la persona con hipertensión arterial	
Atención a la persona con diabetes mellitus	
Atención a la persona con obesidad	
Atención a la persona con dislipemia	
Atención a la persona con enfermedad renal crónica	
Atención a la persona fumadora	
Atención a la persona con EPOC	
Atención a la persona con insuficiencia cardíaca crónica	
Atención a la persona bebedora de riesgo	
Atención a la persona con tratamiento anticoagulante	
Atención a la persona mayor frágil	
Atención a la persona con pluripatología crónica compleja	
Atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos	

Atención a la persona con dolor crónico no oncológico	
Atención a la persona con demencia	
Atención a la persona dependiente	
Atención a la persona con ansiedad	
Atención a la persona con depresión	
Atención a la persona cuidadora	
Fisioterapia	
Cirugía menor	
Ecografía clínica	
Educación para la salud en centros educativos	
Educación para la salud con grupos	
Intervenciones comunitarias	

Explicación sobre el indicador y su evaluación:

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando al menos el 80% de los servicios hayan alcanzado el estándar propuesto.

Se asignará el 50% de la puntuación cuando al menos el 70% de los Servicios hayan alcanzado el estándar propuesto.

Alcanzar los estándares de cobertura mínima exigidos para cada uno de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

INDICADOR 1.2		Mejorar el seguimiento de la obesidad, la cobertura de la vacunación y la detección de los malos tratos		
VALOR		35		
INDICADORES		Definición y estándar		puntos
1 ^{er} COMPONENTE	SEGUIMIENTO OBESIDAD INFANTIL	Niños/as de 2 a 14 años diagnosticados de obesidad infantil a los que se ha realizado, al menos, dos controles de peso en el último año	≥ 75%	30
2º COMPONENTE	INDICADORES DE VACUNACIÓN	Niños/as de 2 años que tienen registrada la pauta completa de primovacuna más la dosis de recuerdo según calendario.	>95%	10
		Niños/as de 5 años correctamente vacunados de tripe vírica	>95%	10
		Niños/as de 14 años correctamente vacunados	>95%	10
3º COMPONENTE	DETECCIÓN MALTRATO INFANTIL	Niños/as de 0 a 14 años que acuden a revisión y a los que se ha realizado el cribado de sospecha de malos tratos	> 80%	40
Total				
Estos indicadores están destinados a los profesionales que ocupen plazas de enfermería de pediatría en EAP. Serán considerados puestos de pediatría aquellos CIAS con al menos el 50% de población.				

Explicación sobre el indicador y su evaluación:

Para proceder a la evaluación de este criterio, es requisito indispensable que el 80% de las enfermeras de pediatría del Área hayan obtenido el 70% de puntos en la evaluación.

Objetivo 2: Potenciar la implantación del proceso de prevención y atención de la conducta suicida en Atención Primaria.

INDICADOR 2.1	Detección del riesgo suicida en los procesos de atención a las personas con ansiedad y / o depresión
VALOR	20
CÁLCULO	% de personas con diagnóstico de ansiedad o depresión durante el año 2022 en Atención Primaria a las que se ha realizado exploración del riesgo de suicidio.
FUENTE	Medora.
ESTÁNDAR	> 50%

Explicación de los términos del indicador:

Denominador: Nº de personas nuevas diagnosticadas de depresión o ansiedad en Atención Primaria durante el año 2022 (incidencia).

Numerador: Nº de las personas del numerador a las que se les ha realizado una valoración del riesgo suicida.

Se considera que se ha realizado una valoración del riesgo suicida, cuando en Medora existe un registro de alguno de los siguientes ítems:

- Valoración del dato clínico: Ideas de suicidio
- Realización del Test Mini suicidio.
- Realización del Test SAD Personas.

OBJETIVO 3: Mejorar la calidad de vida de las personas con pluripatología crónica compleja (PCC) y personas dependientes, mediante una atención más proactiva y educadora, implicando a la persona en sus autocuidados.

Índice de actividad

INDICADOR 3.1	Índice de actividad del PCC
VALOR	25
CÁLCULO	A = Porcentaje de pacientes PCC atendidos por su enfermera al menos 6 veces al año B = Porcentaje de pacientes PCC que anualmente tienen realizada una valoración funcional, cognitiva, emocional y social
FUENTE	Historia clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora)
ESTÁNDAR	A = 70% B = 40 %

**Nota: se excluyen de la evaluación los pacientes institucionalizados.*

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

De la puntuación total del indicador, 8 puntos corresponden al criterio A y 17 puntos al criterio B.

Indicador A: Porcentaje de PCC, no institucionalizados, que han sido atendidos por su enfermera al menos seis veces al año.

CÁLCULO: Se tendrán en cuenta el número total de visitas realizadas por la enfermera, independientemente del lugar en el que se realicen (consulta, domicilio, consulta no presencial).

Numerador: Pacientes PCC no institucionalizados, que han sido atendidos por su enfermera de familia, al menos, seis veces al año.

- **Denominador:** Pacientes crónicos incluidos en el proceso de PCC.

ESTÁNDAR: Se obtendrá los 8 puntos de la puntuación por este criterio cuando al menos el 70% de pacientes crónicos pluripatológicos complejos, no institucionalizados, tengan registro en la historia clínica de haber sido vistos por su enfermera al menos 6 veces al año.

Se otorgarán 4 puntos de la puntuación cuando, al menos el 65% de los pacientes PCC, no institucionalizados, hayan sido vistos por su enfermera, al menos 6 veces al año.

Indicador B: Porcentaje de pacientes PCC, no institucionalizados, que anualmente tienen realizada una valoración funcional, cognitiva, emocional y social

CÁLCULO:

- **Numerador:**
 - **Valoración funcional:** Registro del resultado de un índice de Barthel o Cuestionario VIDA.
**Excepción a la periodicidad anual: cuando exista constancia anterior de un índice de Barthel igual o inferior a 20 o nivel 3 de reconocimiento de dependencia.*
 - **Valoración emocional:** Registro (SI/NO) del ítem estado emocional y/o test de ansiedad/depresión (escala de depresión Yesavage/ PHQ-9 y de ansiedad GAD-7) en el último año en pacientes no diagnosticados de demencia.
 - **Valoración social:** Registros del resultado de la escala Gijón o cuestionario MOS, o cualquiera de los siguientes datos clínicos: persona que vive sola, tiene cuidador, cuidador principal, cuidador vulnerable, apoyo familiar, apoyo social, alteraciones sociofamiliares, en el último año.
 - **Valoración cognitiva:** Registro de los siguientes datos clínicos o escalas: deterioro cognitivo, cognitivo perceptual, Minimental (Mini examen cognoscitivo) y/o Test de Pfeiffer en el último año, en pacientes crónicos pluripatológicos no diagnosticados de demencia.
- **Denominador:** Pacientes crónicos incluidos en el proceso de PCC

ESTÁNDAR:

Se obtendrá los 17 puntos cuando, al menos, el 40% de los pacientes crónicos pluripatológicos complejos, no institucionalizados, tengan registrada en su historia clínica todas las valoraciones referidas. Se obtendrán 8 puntos de la puntuación asignada al indicador, cuando al menos el 30% de los pacientes crónicos pluripatológicos tengan registrada en su historia clínica el resultado de la valoración funcional y la valoración emocional.

Indicador de calidad del proceso de atención en dependientes

INDICADOR 3.2	Indicador de atención domiciliaria en personas mayores dependientes
VALOR	25
CÁLCULO	Porcentaje de personas de ≥ 70 años de edad, con nivel de dependencia II o III o con Barthel inferior a 60 puntos, que al menos dos veces al año son visitados por su enfermera en su domicilio.
FUENTE	MEDORA
ESTÁNDAR	60%

**Nota: se excluyen de la evaluación los pacientes institucionalizados.*

Explicación de los términos de los indicadores y su valoración:

Una de las intervenciones con impacto positivo y que mayor nivel de evidencia ha demostrado dentro de la atención a la cronicidad es, junto con el seguimiento proactivo y la educación en autocuidados, la **atención domiciliaria** por parte de enfermería. Este tipo de atención, si cabe, es mucho más necesaria en Castilla y León con una población envejecida, dispersa y cada vez más dependiente.

Evaluación:

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando, al menos, el 60% de las personas de ≥ 70 años de edad, con nivel de dependencia II o III o con Barthel inferior a 60 puntos y que no estén institucionalizados tengan registro de haber sido vistos, al menos dos veces en el año, en su domicilio por su enfermera de familia.

Se otorgará los 50% de la puntuación cuando, al menos el 50% de las personas de ≥ 70 años de edad, con nivel de dependencia II o III o con Barthel inferior a 60 puntos y que no estén institucionalizados tengan registro de haber sido vistos, al menos dos veces en el año, en su domicilio por su enfermera de familia.

Mejora del seguimiento, revisión y adherencia terapéutica

INDICADOR 3.3	Mejora del seguimiento, revisión y adherencia terapéutica
VALOR	30
CÁLCULO	Se valora el % de cupos de familia de AP (médico-enfermera)-UBF que cumplen los siguientes índices: A. Porcentaje de personas con pluripatología crónica compleja (PPC) en cuya historia clínica está registrada la adherencia al tratamiento / total de personas incluidas en el proceso PPC. B. Porcentaje de personas con pluripatología crónica compleja (PPC) en cuya historia clínica está registrada la revisión completa del plan terapéutico/ total de personas incluidas en el proceso PPC. C. Reducción del número de personas con adherencia media inferior al 60%.
FUENTE	A y B: MEDORA C: CONCYLIA
ESTÁNDAR	A. Porcentaje $\geq 50\%$ B. Porcentaje $\geq 50\%$ C. Reducción $\geq 30\%$ entre situación basal y cierre de año (dic 2022) Nivel I: % de cupos/UBF que cumplen los 3 índices (A+B+C) $\geq 30\%$: 30 puntos Nivel II: % de cupos/UBF que cumplen al menos 2 índices $\geq 30\%$: 20 puntos

Explicación de los términos de los indicadores y su valoración:

Índice sintético de valoración a nivel de cupo de atención primaria/UBF centrado en actividades de seguimiento, revisión y adherencia terapéutica que se han de llevar a cabo de forma coordinada y organizada por el equipo médico-enfermero de atención primaria. Incluye 3 índices:

- A. Porcentaje de personas con pluripatología crónica compleja (PPC) en cuya historia clínica está registrada la adherencia al tratamiento / total de personas incluidas en el proceso PPC. Actividad más centrada en la enfermera AP
- B. Porcentaje de personas con pluripatología crónica compleja (PPC) en cuya historia clínica está registrada la revisión completa del plan terapéutico/ total de personas incluidas en el proceso PPC. Actividad más centrada en MF de AP
- C. Reducción del número de pacientes con adherencia media inferior al 60%. Actividad a realizar de forma coordinada por el MF y enfermera AP.

Evaluación:

Este indicador se valora a nivel de cupo/UBF y la consecución del objetivo depende de la actividad realizada por el equipo profesional médico de familia-enfermero de AP.

Se valorarán las intervenciones realizadas sobre las personas con pluripatología crónica compleja (A y B) a partir del registro de Medora.

Se identificarán las personas del cupo con valor de adherencia media inferior al 60% con el fin de reducir el número de personas en un 30% a cierre de año. La situación de partida corresponde al mes de enero de 2022 y el informe Concyliá (informe de adherencia) está disponible a nivel de cupo en el Portal del Medicamento. Se habilitará un acceso a dicho informe para el perfil de enfermería. En la actualidad solo se puede consultar por el médico, por lo que será preciso que este imprima dos copias para coordinar la estrategia por parte de los dos profesionales del equipo. El Farmacéutico de Atención Primaria podrá apoyar las dudas que surjan en relación a este índice.

OBJETIVO 4: Mejorar la Atención mediante la adecuada canalización de la demanda

Implantación y desarrollo en todas las Zonas Básicas de Salud de la herramienta administrativa (Módulo de Atención al Ciudadano) que canalice la demanda de los usuarios y normalice el trabajo administrativo en todas las ZBS

INDICADOR 4.1	Implantación del nuevo módulo de atención al ciudadano en las Unidades Administrativas de los Equipos de Atención Primaria
VALOR	20
CÁLCULO	Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que tienen implantado el módulo de atención al ciudadano
FUENTE	Informe de la Gerencia adjuntando información suministrada por la persona responsable (Verificado con el Servicio de Tecnologías de la Información)
ESTÁNDAR	100 % de los Equipos

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando el módulo de atención al ciudadano-esté implantado en el 100% de los equipos.

Se obtendrá el 50% de la puntuación asignada cuando el módulo de atención al ciudadano esté implantado en el 90% de los equipos.

Se remitirá un informe en la segunda quincena de diciembre de 2022.

Gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas.

INDICADOR 4.2	Respuesta a la demanda asistencial en las primeras 24 horas
VALOR	30
CÁLCULO	Porcentaje de usuarios que solicitan atención ordinaria en su Centro de salud a través del módulo atención al ciudadano y reciben respuesta en las primeras 24 horas
FUENTE	Informe de Tecnologías de la Información
ESTÁNDAR	80%

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando se dé respuesta en 24 horas al 80% de las demandas, excluyendo los fines de semana y festivos.

Se obtendrá el 50% de la puntuación asignada cuando se dé respuesta al 80% de las demandas entre las 24-48h siguientes, excluyendo el fin de semana y festivos.

OBJETIVO 5: Mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica en centros residenciales.

INDICADOR 5.1	Implantar un procedimiento de indicación, prescripción, dispensación y administración de medicamentos que optimice la farmacoterapia en los centros residenciales con suministro de medicación por oficinas de farmacia
VALOR	40
CÁLCULO	% de pacientes institucionalizados en centros residenciales en los que se ha implantado el procedimiento de optimización de la farmacoterapia.
FUENTE	Memoria de actividad con la relación de centros residenciales en los que se ha implantado el procedimiento establecido. Remisión a 15 de diciembre de 2022
Estándar	Dos niveles: Nivel 1 $\geq 30\%$ Nivel 2 $\geq 40\%$

Explicación de los términos del indicador y su valoración

Se considerarán todos los centros sociosanitarios (CSS), centros residenciales de carácter social (CRCS) o centros residenciales de atención a personas con discapacidad (CRAPD) que tengan suministro medicamentos por parte de una oficina de farmacia, incluidos aquellos que tienen actualmente un médico de la residencia con autorización para prescribir.

En el numerador se contabilizarán la totalidad de pacientes institucionalizados en los centros en los que se haya implantado el procedimiento. En el denominador la totalidad de pacientes en centros residenciales con suministro a través de oficina de farmacia. La ocupación se tomará de la situación en TS a 1 de diciembre, según el informe Concylla establecido a tal efecto.

Numerador: Nº pacientes institucionalizados en residencias con suministro de medicación a través de OF en las que se ha implantado el procedimiento de optimización.

Denominador: Nº total pacientes institucionalizados en residencias con suministro de medicación a través de OF

Para la implantación del procedimiento se tomará como referencia el “DOCUMENTO MARCO SOBRE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS RESIDENCIALES”

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Para el año 2022, se establecen dos niveles de cumplimiento:

- Nivel 1 $\geq$ 30%: 30 puntos
- Nivel 2 $\geq$ 40%: 40 puntos

OBJETIVO 6: Mejorar la eficiencia de la gestión de la demanda asistencial dentro del equipo de Atención Primaria, con la participación activa de la enfermera

INDICADOR 6.1	Consolidación de las consultas de Gestión Compartida de la Demanda (GCD)
VALOR	40
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes con registro de resultado de actividad de la enfermera en la Guía Asistencial de Medora, de GCD}}{\text{Nº total de pacientes atendidos por la enfermera en consulta de GCD}} \times 100$
FUENTE	Informe de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
ESTÁNDAR	cumplimentación el 100%

Explicación de los términos y valoración:

Se revisarán los registros realizados en la Guía Asistencial de GCD, en el apartado donde consta “finalización de consulta” de la enfermera, donde debe figurar seleccionada una de las siguientes opciones de respuesta:

- “Alta enfermera”: La enfermera ha valorado y atendido directamente al paciente, solucionando el problema de salud planteado, sin precisar la intervención de otros profesionales

- “Derivación médico”: la enfermera, una vez valorado el paciente, considera necesaria la intervención del médico, para dar respuesta adecuada a la necesidad de salud, remitiéndole al mismo para su atención en ese momento.
- “Derivación a otro profesional no médico”: la enfermera, una vez valorado el paciente, considera necesaria la intervención de otro profesional no médico, para dar respuesta adecuada a la necesidad de salud, remitiéndole al mismo para su atención en ese momento.

Este indicador será aplicable a Centros de Salud urbanos y semiurbanos.

La valoración del indicador se realizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Porcentaje de cumplimentación del 100%: **40 puntos**
- Porcentaje de cumplimentación del 80%: **32 puntos**
- Porcentaje de cumplimentación del 50%: **20 puntos**
- Resto de situaciones: puntúa 0

El periodo de valoración del indicador alcanzará hasta el 31 de diciembre de 2022

OBJETIVO 7: Impulsar y consolidar el Proyecto Paciente Activo en Diabetes Mellitus tipo 2 en las Gerencias de Atención Primaria de las Áreas de Salud de la Comunidad de Castilla y León

INDICADOR 7.1	Desarrollo de acciones formativas de Fase II y de Fase III del Proyecto Paciente Activo en DM2 de CyL en el Área de Salud.
VALOR	30
CÁLCULO	Nº de actividades formativas de Fase II y de Fase III del Proyecto Paciente Activo en DM2 de CyL, en el Área de Salud.
FUENTE	Informes sobre las actividades realizadas remitidos por las Gerencias de Atención Primaria de las Áreas de Salud de Castilla y León, a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
ESTÁNDAR	Se considera íntegramente cumplido el indicador cuando se dé una de estas dos situaciones: 2 actividades formativas de Fase II y 2 actividades formativas de Fase III del Proyecto Paciente Activo en DM2 en el Área de Salud. 3 actividades formativas de Fase III del Proyecto Paciente Activo en DM2 en el Área de Salud.

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Las actividades formativas descritas en el objetivo del indicador, son las definidas de manera específica en la metodología de Paciente Activo, es decir:

- Actividades Formativas de Fase II: Actividades formativas dirigidas a Pacientes con Diabetes Tipo 2 que van a ser luego las personas que van a impartir el programa formativo del Proyecto a otros pacientes con Diabetes.
- Actividades Formativas de Fase III: Actividades formativas dirigidas a Pacientes con Diabetes Tipo 2 que son impartidas por Pacientes Activos Formadores, es decir, talleres de formación entre iguales.

Para su valoración se han establecido 4 niveles de cumplimiento:

•Nivel 1: **100% o 30 puntos**

Se debe cumplir una de estas dos situaciones:

- 2 actividades formativas de Fase II y 2 actividades formativas de Fase III del Proyecto en el Área de Salud
- 3 actividades formativas de Fase III del Proyecto en el Área de Salud.

•Nivel 2: **80 % o 24 puntos:**

- 2 actividades formativas de Fase II y 1 actividad formativa de Fase III del Proyecto en el Área de Salud.

•Nivel 3: **60% o 18 puntos**

Se debe cumplir una de estas dos situaciones:

- 2 actividades formativas de Fase II del Proyecto en el Área de Salud
- 2 actividades formativas de Fase III del Proyecto en el Área de Salud

•Nivel 4: **40% o 12 puntos**

- 1 actividad formativa de Fase II del Proyecto en el Área de Salud

OBJETIVO 8: Mejorar la participación de la población en la asistencia sanitaria

Activar los Consejos de Salud de las ZBS para mantener una comunicación fluida con la población y agentes sociales y mejorar la participación ciudadana.

INDICADOR 8.1	Realización de tres reuniones anuales del Consejo de Salud de Zona, en cada Zona Básica de Salud del Área.
VALOR	50
CÁLCULO	Número de EAP que han realizado tres reuniones del Consejo de Salud de Zona en el año.
FUENTE	Informe de la Gerencia basado en las actas de las reuniones del Consejo de Salud de Zona.
ESTÁNDAR	100% de los Equipos

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando se hayan celebrado tres reuniones en el año con el siguiente contenido:

-Información a la población de la Organización de los EAP de los distintos profesionales que lo conforman y Cartera de servicios.

-Uso racional del sistema sanitario.

-Recogida de las peticiones de la población estableciendo un procedimiento para dar respuesta a las demandas planteadas.

El formato podrá ser On-line o presencial, favoreciendo en la mayor medida posible la participación de la ciudadanía.

Se obtendrá el 50% de la puntuación asignada cuando se haya celebrado una reunión anual en la que se hayan tratado los objetivos indicados anteriormente.

Se remitirá un informe en la segunda quincena de diciembre de 2022.

Objetivo 9: Extensión del Escritorio del Profesional

INDICADOR 9.1	Acceso y utilización del Escritorio del Profesional en AP
VALOR	10
CÁLCULO	IE-EHSE: $(0,5A+0,5B) \times 5$ A: Porcentaje de médicos de familia y pediatras que han realizado la actividad formativa de Escritorio del Profesional B: Porcentaje de enfermeros que han realizado la actividad formativa de Escritorio del Profesional
FUENTE	Escritorio del Profesional, plan de formación continuada
ESTÁNDAR	A: 75% B: 75%

Explicación de los términos del indicador y su valoración

El escritorio del Profesional (EHSE) será el punto de entrada común para todas las aplicaciones asistenciales que se utilicen en Atención Primaria. Asimismo, estas aplicaciones se irán adaptando progresivamente para que se integren con EHSE de manera que la experiencia de usuario sea homogénea.

Es importante que los profesionales sanitarios vayan conociendo y utilizando EHSE para que, cuando se realice la transición de las actuales aplicaciones a las nuevas, el cambio no resulte tan disruptivo.

En el momento actual EHSE integra, entre otras, una herramienta de análisis que permite a los profesionales sanitarios obtener listados e indicadores personalizados de sus cupos de pacientes. Se trata de una aplicación muy demandada por los profesionales sanitarios, que debería contribuir a la mejora de la gestión clínica de los centros.

Para funcionar adecuadamente, EHSE necesita ser ejecutado en un equipo informático con Windows 10. Esto requiere una importante actualización de los equipos con los que trabajan los profesionales sanitarios.

Cálculo

A: Porcentaje de médicos de familia y pediatras que han realizado la actividad formativa de Escritorio del Profesional

Numerador: Médicos de familia y pediatras con cupo de pacientes asignado en Tarjeta Sanitaria que hayan realizado la actividad formativa de EHSE incluida en el plan de formación continuada.

Denominador: Médicos de familia y pediatras con cupo de pacientes asignado en Tarjeta Sanitaria que no realizaron la formación en 2021.

B: Porcentaje de enfermeros que han realizado la actividad formativa de Escritorio del Profesional

Numerador: Enfermeros de Equipo de Atención Primaria que hayan realizado la actividad formativa de EHSE incluida en el plan de formación continuada.

Denominador: Enfermeros de Equipo de Atención Primaria que no realizaron la formación en 2021.

El indicador se calculará con la información disponible a 31 de diciembre de 2022

Estándar

En ambos indicadores, en caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1 en el término correspondiente de la ecuación, en caso contrario será cero.

Objetivo 10: Garantizar la accesibilidad a la asistencia sanitaria en todos los núcleos de población y mejora en términos de eficiencia y calidad de la atención

INDICADOR: 10.1	Actividad presencial realizada por los profesionales
VALOR	50 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de días que se realiza consulta médica presencial en todos los núcleos de población de la comunidad según Orden de 15 de abril de 1991 Variación de la actividad presencial de los profesionales con respecto a la media de los profesionales del mismo ámbito (rural o urbano) en la realización de consultas presenciales.
FUENTE	Agendas de los profesionales Medora
ESTÁNDAR	Al menos se realizará consulta presencial*, por el profesional médico, el 80% de los días que corresponda acudir a cada núcleo de población, según la orden 15 de abril de 1991. El porcentaje de consultas presenciales sobre el total de consultas realizadas, no se desviará más de dos desviaciones típicas por debajo de la media de los profesionales del mismo ámbito asistencial.

- Excepción: Que no exista ninguna cita porque la población no demande consulta

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

De la puntuación total del indicador, 25 puntos corresponden al criterio A y 25 puntos al criterio B.

INDICADOR A

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación (25 puntos) cuando el médico preste atención presencial en los núcleos de población el 80% de los días que establece la Orden, y siempre que la población lo haya demandado.

Explicación de la Fuente:

Para la evaluación de este indicador se realizará una auditoría sobre las agendas de los profesionales.

INDICADOR B

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación (25 puntos) cuando el porcentaje de consultas presenciales sobre el total de las consultas realizadas no sea inferior a dos desviaciones típicas, de la media de los profesionales de su mismo perfil y ámbito asistencial.

Explicación de la Fuente:

Para la evaluación de este indicador se obtendrá la media de las consultas presenciales sobre el total de consultas realizadas al día, por los profesionales del mismo perfil y ámbito asistencial, durante el año 2022 y se calcularán los valores de desviación típica.

INDICADOR 10.2	Existencia de agendas para solicitar consulta presencial, accesibles a la población
VALOR	50 puntos
CÁLCULO	Número de profesionales del Equipo de Atención Primaria (médicos y enfermeras) con agenda generada y con huecos a demanda en los núcleos de población donde acuden, según normativa.
FUENTE	Informe de la Gerencia y auditoría de las agendas
ESTÁNDAR	100% de los profesionales con agenda generada y con huecos a demanda en todos los consultorios de su demarcación.

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando el 100% de profesionales dispongan de agenda con oferta de huecos a demanda en todos los núcleos de población, al menos, con la periodicidad que determina la normativa.

Se obtendrá el 50% de la puntuación asignada cuando el 90% de profesionales dispongan de agenda con huecos a demanda en todos los núcleos de población, con la periodicidad que al menos determina la normativa.

OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO 1: Reducir las Listas de Espera Quirúrgicas, de Consultas y de Técnicas Diagnósticas registradas.

Reducir la Lista de Espera Quirúrgica Total

INDICADOR 1.1	Reducción número de Pacientes Lista Quirúrgica Total.
VALOR	40
CÁLCULO	Número de pacientes en LEQ Total en junio y diciembre 2022
FUENTE	Informe de situación de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
ESTÁNDAR	Acercamiento a objetivo planteado en Plan Mejora Listas Junio y Diciembre. Se puntuará hasta una desviación del 2%: Objetivo individual por hospital.

Reducir la Lista de Espera Quirúrgica Estructural

INDICADOR 1.2	Reducción número de Pacientes en Lista Quirúrgica Estructural.
VALOR	40
CÁLCULO	Número de pacientes en LEQ Estructural en junio y diciembre 2022
FUENTE	Informe de situación de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
ESTÁNDAR	Acercamiento a objetivo planteado en Plan Mejora Listas Junio y Diciembre. Se puntuará hasta una desviación < 1 % Objetivo individual por hospital

Reducir la Demora Media Estructural

INDICADOR 1.3	Reducir la Demora Media Estructural
VALOR	40
CÁLCULO	Demora media estructural en junio y diciembre 2022
FUENTE	Informe de situación de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
ESTÁNDAR	Acercamiento a objetivo planteado en Plan Mejora Listas Junio y Diciembre. Se puntuará hasta una desviación < 1 % Objetivo individualizado

Reducir número de pacientes en Lista Espera de Consultas Externas

INDICADOR 1.4	Reducir número de pacientes en Lista Espera de Consultas Externas
VALOR	40
CÁLCULO	Todos los pacientes con cita. Buzón inferior al 2 %. Criterio excluyente Pacientes en lista en cita tipo 1
FUENTE	Informe de situación de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
ESTÁNDAR	Todos los pacientes con cita. Buzón inferior al 2 %. Criterio excluyente Reducción del 3 % con respecto trimestre anterior

Reducir número de pacientes en Lista Espera Técnicas Diagnósticas Registradas

INDICADOR 1.5	Reducir número de pacientes en Lista Espera Técnicas Diagnósticas
VALOR	40
CÁLCULO	Todos los pacientes con cita. Buzón inferior al 5 %. Criterio excluyente Pacientes en lista cita tipo 1
FUENTE	Informe de situación de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
ESTÁNDAR	Todos los pacientes con cita. Buzón inferior al 5 %. Criterio excluyente Reducción del 3 % con respecto trimestre anterior

Explicación de los términos del indicador y su valoración

Las listas de espera son objetivo estratégico de la consejería y la búsqueda de su mejora es de inmediato abordaje.

Para la lista quirúrgica se plantea un Plan (Percycles II) consistente en unos objetivos individualizados por cada hospital que son trimestrales. Objetivos que incluyen la lista Total, la Estructural y la Demora media Estructural. Para las listas de consultas y técnicas registradas se considera indispensable el cumplimiento del decreto 605/2003 del que se desprende que todos los pacientes han de tener su cita. Además se busca un descenso de la lista estructural de un 3 % semestral.

La información se obtiene del Informe de situación CATIA.

Reducir las intervenciones quirúrgicas suspendidas

INDICADOR 1.6	Intervenciones quirúrgicas suspendidas
VALOR	20
CÁLCULO	(Nº de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas/Nº de intervenciones quirúrgicas programadas totales) *100
FUENTE	SIAE
ESTÁNDAR	Media anual < de 3,3%

Explicación de los términos del indicador y su valoración

El indicador se obtiene del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) para el año 2022.

Se realizará un seguimiento continuo, mes a mes y ningún mes será > 4,3% de intervenciones suspendidas, aunque la evaluación será anual, a 31 de diciembre de 2022.

Aumentando la cirugía ambulatoria programada que precisa quirófano

INDICADOR 1.7	Aumentar un 5% las IQ mediante CA
VALOR	25
CÁLCULO	Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias programadas que precisan quirófano respecto al total de las intervenciones quirúrgicas programadas (con ingreso y ambulatorias)
FUENTE	SIAE
ESTÁNDAR	Aumentar un 5% la CA respecto al año 2021, específico por hospital

Explicación de los términos del indicador y su valoración

La información se obtiene del cuadro de mandos del SIAE de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica.

OBJETIVO 2: Pacientes atendidos en la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR):

INDICADOR 2.1	Pacientes atendidos en la UDR dentro de las primeras 72 horas
Valor	25
Cálculo	$\frac{\text{Nº pacientes atendidos <72 h en la UDR} \times 100}{\text{Nº pacientes atendidos en la UDR}}$
Fuente	Registro específico de cada Centro
Estándar	Habrà 2 evaluaciones: Junio 2022 $\geq 85\%$ y Diciembre 2022 $\geq 85\%$

Explicación de los términos del indicador y su valoración

La Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) es un recurso asistencial de carácter ambulatorio, dependiente de Medicina Interna, destinado al estudio diagnóstico de pacientes con sospecha de enfermedad grave que no precisan ser ingresados para los que resulta fundamental garantizar una asistencia sin demora o con demora máxima de 72 horas, acortando los tiempos de estudio y tratamiento.

El indicador se refiere al nº de pacientes atendidos dentro de las primeras 72h, respecto al número total de pacientes atendidos en la UDR, independientemente del origen de la solicitud.

El cumplimiento de la primera evaluación (datos junio 2022) supondrá el 35% del cómputo total del indicador, correspondiendo el 65% restante al cumplimiento en la segunda evaluación (diciembre 2022).

Criterios de valoración del resultado obtenido

Este indicador sólo se valora en los Centros que disponen de Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR). Para el resto de los Hospitales la puntuación asignada a este indicador será la de "Consultas Preferentes" (atendidas en menos 15 días, el 75% de las solicitadas)

Si el Centro obtiene un resultado del indicador inferior al estándar, la puntuación asignada para este objetivo será de 0 puntos.

OBJETIVO 3: Pacientes atendidos en las Consultas de Alta Resolución

INDICADOR 3.1	Porcentaje de pacientes atendidos en las CAR
Valor	25
Cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos en Consultas de Alta Resolución} \times 100}{\text{Total pacientes atendidos en primeras consultas}}$
Fuente	Datos de actividad de Consultas de Alta Resolución registrados en SIAE
Estándar	≥20%

Explicación de los términos del indicador y su valoración

Uno de los compromisos de la actual legislatura es: “Incrementar progresivamente la oferta y número de Consultas de Alta Resolución en los hospitales y centros de especialidades”, entendiendo como Consulta de Alta Resolución (CAR) las **Consultas Primeras* atendidas**, en las que se han realizado al paciente en el mismo día las exploraciones complementarias solicitadas y la consulta de resultados, recibiendo un informe médico de alta con el diagnóstico y la orientación terapéutica.

(*) Primeras Consultas: “La efectuada a un paciente por primera vez en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo” (Real Decreto 605/2003)

Para calcular este indicador se utilizarán las consultas registradas en SIAE como “Alta Resolución”.

Se priorizará especialmente este tipo de atención para la población residente en localidades distantes a 50 Km o más del Hospital o Centro de Especialidades de referencia, así como otros criterios como institucionalización, dependencia o problemas de movilidad, y se establecerá un sistema de registro específico para su seguimiento y valoración.

Criterios de valoración del resultado obtenido

La evaluación de este indicador se realizará con la actividad de cada uno de los servicios que están registrando información en SIAE, pero se valorará la actividad del centro en su conjunto.

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando el porcentaje de las Consultas de Alta Resolución, sea igual o mayor al 20% del total de las primeras consultas que se realizan en el centro.

OBJETIVO 4: Consolidación del circuito intrahospitalario Código Ictus y formación de los profesionales

INDICADOR 4.1	Valoración del circuito intrahospitalario Código Ictus y formación de los profesionales
VALOR	15
CÁLCULO	Evaluación cualitativa.
FUENTE	Informe del hospital en el que se explicite el circuito asistencial y sus áreas de mejora con respecto al año previo, así como las actuaciones de formación y coordinación de los profesionales implicados en la cadena asistencial al paciente con ictus en el ámbito intra y extrahospitalario.
ESTÁNDAR	Asignar 8 puntos: informe con actuaciones de mejora en el circuito asistencial intrahospitalario al paciente con ictus. Asignar 7 puntos: informe con actuaciones formativas y de coordinación de profesionales.

Explicación de los términos del indicador y su valoración

El objetivo de este indicador es consolidar la implantación del Circuito intrahospitalario de atención al paciente con ictus en todos los centros de la comunidad (optimización y seguimiento del circuito intrahospitalario de atención al paciente con Código Ictus).

Uno de los objetivos de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria es la estandarización de la asistencia, diagnóstico e indicación de los tratamientos de reperusión en los pacientes con Código Ictus. Se sigue elaborando el documento “Código Ictus de Castilla y León. Atención al ictus en fase hiperaguda” en el que participa un grupo de trabajo constituido por todos los profesionales que intervienen en la cadena asistencial y de cuidados al paciente con ictus. El Coordinador de Ictus del centro asistencial será el encargado de coordinar y organizar todas las actuaciones y mejoras necesarias para esta estandarización.

Así, y en continuidad con el objetivo del año anterior, se consolidará el circuito de atención intrahospitalario, indicando las mejoras realizadas con respecto al año previo. También se considerarán las actuaciones relacionadas con la formación de los profesionales implicados en la asistencia en todos los ámbitos (urgencias hospitalarias, unidades de ictus, unidades de hospitalización de neurología, radiología, atención primaria, facultativos y enfermería).

Criterios de valoración del resultado obtenido

El coordinador de ictus, conjuntamente con la dirección del centro, elaborará un documento en el que se refleje:

- El circuito intrahospitalario y sus áreas de mejora con respecto al año previo.
- Actuaciones dirigidas a la formación, capacitación y coordinación de los profesionales que intervienen en la cadena asistencial al paciente con ictus, tanto en el ámbito intra como extrahospitalario, dentro del propio hospital, en coordinación con su Centro Terciario de Ictus y/o Centro Satélite, o con los profesionales de atención primaria de su área de salud.

OBJETIVO 5: Abordaje del paciente con Cáncer (Estrategia ONCYL)

Pacientes oncológicos valorados por Comité de Tumores

INDICADOR 5.1	Valoración de los pacientes oncológicos por el Comité de Tumores
VALOR	15
CÁLCULO	Incremento porcentual de pacientes valorados por el correspondiente comité de tumores y registrado en la historia clínica
FUENTE	• Informe del hospital en el que se explicita el número y porcentaje (%) de pacientes que ha sido valorado por el correspondiente comité de tumores y el nº y % en el que se ha registrado la decisión en la historia clínica. • CMBD • Historias clínicas, HIS y Jimena • Actas de los comités de tumores • Registro de cáncer de Castilla y León
ESTÁNDAR	Incremento $\geq$ 20%

Explicación de los términos del indicador y su valoración

La Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León (ONCYL) contempla en su eje estratégico nº 2 de Atención al cáncer en adultos, una línea dedicada a potenciar la actividad de los comités de tumores, como base para asegurar la homogeneidad y equidad de la atención.

Con esta finalidad se propone definir un marco organizativo y de funcionamiento de los comités de tumores de cada hospital, que tenga en cuenta:

- El establecimiento de un modelo de trabajo en red.
- La valoración de los pacientes oncológicos por parte del comité de tumores, registrando la decisión del comité en la historia clínica del paciente. En caso de no considerarse necesaria esta valoración, se dejará constancia de ello en la historia clínica.
- El establecimiento de un registro de actividad que asegure la calidad, amplitud de información y fiabilidad de los datos.

Criterios de valoración del resultado obtenido:

En el PAG 2021 se planteó el impulso del eje 2 de la estrategia ONCYL potenciando la actividad de los comités de tumores y el registro de su actividad; por ello se estableció un indicador exigente de incremento de valoraciones. La información final recogida para la evaluación de este indicador en 2021 servirá para definir el porcentaje de partida.

Valor inicial: Porcentaje (%) de pacientes que ha sido valorado por el correspondiente comité de tumores y se ha registrado la decisión en la historia clínica **en diciembre de 2021.**

Valor final: Porcentaje (%) de pacientes que ha sido valorado por el correspondiente comité de tumores y se ha registrado la decisión en la historia clínica **en diciembre de 2022.**

Para el año 2022, se establece un estándar de incremento de pacientes valorado por el comité de tumores registrado en la historia clínica $\geq 20\%$

Abordaje del paciente con Cáncer Infantil

INDICADOR 5.2	Captación y derivación de los casos de cáncer infantil para valoración por el Comité de Coordinación Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia de Castilla y León
VALOR	25
CÁLCULO	Nº casos cáncer infantil (0-14 años) que son remitidos para valoración por parte de la Comisión Clínico Asistencial del Comité de Cáncer Infantil y de la Adolescencia de Castilla y León /Nº casos de cáncer infantil (0-14 años) detectados en el hospital
FUENTE	• CMBD • Historias clínicas, HIS y Jimena • Registros de actividad del Servicio de Pediatría y, eventualmente, de Oncología • Registro poblacional de tumores infantiles de Castilla y León
ESTÁNDAR	$\geq 95\%$

Explicación de los términos del indicador y su valoración

En diciembre de 2019 se constituyó el Comité de Coordinación Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia de Castilla y León con el objetivo principal de contribuir a mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes pediátricos y adolescentes con cáncer en la Comunidad. Sacyl ha optado por un modelo organizativo en red para la atención al cáncer infantil y de la adolescencia, que cuenta con varios nodos de atención hospitalaria que funcionan como Unidad de Oncohematología Pediátrica (UOP) en red, compartiendo algunos recursos organizativos y asistenciales. El Comité tiene una Comisión Clínico Asistencial que ha de valorar todos los casos sospechosos de cáncer en la infancia y adolescencia que se detecten en Castilla y León y definir el cauce asistencial más adecuado para cada paciente.

En julio de 2020 se puso en marcha la comisión clínico asistencial mencionado y comenzó la captación, derivación y valoración de casos incidentes. A lo largo de 2021 la comisión ha funcionado de forma ininterrumpida con regularidad y se han incorporado al Comité de Coordinación Asistencial los hospitales de área que aún no participaban en el mismo.

Numerador: Nº casos cáncer infantil (0-14 años) que son remitidos para valoración por parte de la Comisión Clínico Asistencial del Comité de Cáncer Infantil y de la Adolescencia de Castilla y León.

Denominador: Nº casos de cáncer infantil (0-14 años) detectados en el hospital

Para que los casos sean presentados y valorados por el Comité, es necesario que los hospitales sin nodo de oncohematología pediátrica, deriven los pacientes con sospecha de cáncer infantil a su centro de referencia de oncohematología pediátrica. Los hospitales con nodo de oncohematología pediátrica (CAUBU, CAULE, CAUSA y HCUV) presentarán en la comisión clínico asistencia del Comité todos los casos nuevos de cáncer infantil que surjan. Progresivamente se irán captando los casos de cáncer de la adolescencia (15-17 años).

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Para el año 2022, se establece un estándar de valoración de casos detectados por parte la comisión clínico asistencial del Comité de coordinación asistencial del cáncer infantil de $\geq 95\%$ de los casos detectados.

OBJETIVO 6: Mejorar la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica en Atención Hospitalaria. 50 PUNTOS

EFICIENCIA EN GASTO FARMACÉUTICO ATENCIÓN HOSPITALARIA			
Objetivos de eficiencia y calidad en prestación farmacéutica			
		Estándar	Puntos
	Cumplir el presupuesto de capítulo II-farmacia hospitalaria .	Por GAE	N1: 30 N2: 40
	Incremento en la penetración de biosimilares:		
	Incremento en la penetración de infliximab biosimilar.	Por GAE	N1: 0,25 N2: 1
	Incremento en la penetración de etanercept biosimilar.	Por GAE	N1: 0,25 N2: 1
	Incremento en la penetración de rituximab biosimilar.	Por GAE	N1: 0,5 N2: 1
	Incremento en la penetración de trastuzumab biosimilar.	Por GAE	N1: 1,5 N2: 2
	Incremento en la penetración de adalimumab biosimilar.	Por GAE	N1: 2 N2: 2.5
	Incremento en la penetración de bevacizumab	Por GAE	N1: 1 N2: 2.5
EFICIENCIA EN UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA			
	Incremento en la penetración de enoxaparina biosimilar: % DDD enoxaparina BS/ Total DDD HBPM	Por GSA	Se corresponde con el apartado VII.9 del objetivo 31 de área de salud

El hospital de Medina del Campo, en el que no se administran los medicamentos rituximab, ni trastuzumab, ni bevacizumab, tendrá asignados los puntos correspondientes a dichos objetivos de la siguiente manera:

- Incremento de la penetración de infliximab: N1: 1.25 p. , N2: 2.5 p.
- Incremento de la penetración de etanercept: N1: 1.25p, N2: 2.5 p.
- Incremento de la penetración de adalimumab: N1:3 p., N2: 5 p.

OBJETIVO 7: Mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes externos.

INDICADOR 7.1	Grado de Implantación del programa de mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes externos.
VALOR	15
CÁLCULO	Nº Pacientes candidatos al programa de mejora de la adherencia al tratamiento antes del 31 de noviembre de 2022/ Pacientes candidatos *100
FUENTE	Informe final sobre la implantación y resultados del programa, así como propuestas de mejora.
ESTÁNDAR	Dos niveles de cumplimiento: Nivel 1: Participación en el establecimiento del programa de mejora de adherencia e implantación del programa en el 75% de los pacientes. Envío de informe con la implantación. Nivel 2: Participación en el establecimiento del programa de mejora de adherencia e implantación del programa en el 90% de los pacientes. Envío de informe con la implantación.

El objetivo es implementar un programa para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes externos. Para ello, se establecerá en un grupo de farmacéuticos de hospital encargados de pacientes externos:

- Población diana objeto de la intervención: Por edad y nº medicamentos, por patología/programa.
- Actividades a realizar para lograr la mejora de la adherencia, que podrán incluir:
 - Comprobar el conocimiento y el uso que hacen los pacientes de los medicamentos e identificar barreras a la adherencia mediante entrevista.
 - Detectar problemas en la utilización de los medicamentos y orientar su resolución a los profesionales indicados.
 - Educación sanitaria individualizada e Información escrita sobre su tratamiento.
 - Comunicación periódica con los profesionales médicos del grado de adherencia de los pacientes (hasta que esté disponible la funcionalidad de prescriptools) y las actuaciones realizadas.
 - Otros.
- Valoración de la adherencia antes del inicio del programa y después de la implantación del programa (duración mínima 6 meses).
- Encuesta de satisfacción antes y después de implantar el programa. Y/O
- Encuesta de calidad de vida.

Se acordará en el grupo de farmacéuticos de externos el programa para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes externos **antes del 31 de abril.**

El informe_final sobre la implantación y resultados del programa, así como propuestas de mejora se enviará **antes del 31 de diciembre.**

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación (15 puntos) al alcanzar el nivel 2.

Se obtendrá el 20% de la puntuación (3 puntos) al alcanzar el nivel 1.

OBJETIVO 8: Mejora de la calidad y la seguridad del paciente en el área de cuidados

INDICADOR 8.1	Fomentar la seguridad del paciente en las distintas unidades de enfermería de los centros hospitalarios, en relación a la prevención de caídas
VALOR	30
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes con escala DOWNTON realizada al ingreso hospitalario}}{\text{Nº total de altas} \times 100}$
FUENTE	- GACELA CARE: Registro de caídas y Escala de valoración de caídas - Altas SIAE por unidad de enfermería
ESTÁNDAR	Valoración de escala riesgo de caídas de pacientes = 95% pacientes ingresados

Criterios para su valoración:

Mensualmente se realizará un REGISTRO DE CAÍDAS ALTAS/CAIDAS extraído de GACELA CARE, por cada Dirección de Enfermería y por unidades de hospitalización.

- El 95% de los pacientes tienen hecha la valoración de riesgo de caídas, (escala DOWNTON), al ingreso hospitalario, 30 puntos.
- El 80% de los pacientes tienen hecha la valoración de riesgo de caídas, (escala DOWNTON), al ingreso hospitalario, 15 puntos.
- Resto de situaciones: puntúa 0.

OBJETIVO 9: Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (Z.IRAS)

INDICADOR 9.1		Monitorización de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria mediante la aplicación Z.IRAS	
Valor	15		
Cálculo	El hospital realiza el seguimiento de la infección del lugar quirúrgico (ILQ) y de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR) de acuerdo a los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS y del grupo de trabajo autonómico para la prevención y control de la transmisión de MMR.		
Fuente	Informes obtenidos de Z.IRAS		
Estándar	Nivel 1	El hospital monitoriza a lo largo del año, a través de la aplicación Z.IRAS, la incidencia de ILQ en los siguientes procedimientos: prótesis de cadera (HPRO), prótesis de rodilla (KPRO), colon (COLO) y bypass coronario (CBGB y CBGC).	40%
	Nivel 2	El hospital monitoriza a lo largo de todo el año, a través de la aplicación Z.IRAS, la incidencia de infección de los siguientes MMR: - Staphylococcus aureus resistente a meticilina - Enterobacterias productoras de carbapenemasas: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp. - Clostridium difficile	30%
	Nivel 3	El hospital monitoriza a lo largo de todo el año, a través de la aplicación Z.IRAS, la incidencia de infección y colonización por los MMR acordados en el grupo de trabajo autonómico: - Staphylococcus aureus resistente a meticilina - Enterococcus spp. resistente a glucopéptidos - Enterobacterias resistentes a cefalosporinas de tercera generación: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp. - Enterobacterias productoras de carbapenemasas: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp. - Clostridium difficile - Acinetobacter baumannii resistente a carbapenems - Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenems	40%
	Nivel 4	El hospital alcanza los niveles 1 y 3	100%

Criterios de valoración

En el caso de concurrir varios hospitales en el área de salud, se aplicará el siguiente criterio de ponderación:

- Área de Burgos: CAUBU: 74%, HSA: 13%, HSR: 13%
- Área de Valladolid Este: HCUV: 85%, HMC: 15%

OBJETIVO 10: Mejora de la seguridad de la práctica clínica en áreas críticas

INDICADOR 10.1	Índice de Seguridad en Áreas Críticas (ISAC)
Valor	15
Cálculo	$ISAC = (0,25 \text{ UCI-Z} + 0,25 \text{ CS-IQZ} + 0,50 \text{ LVSQ}) \times 15$ <i>UCI-Z: Proyectos Zero en los Servicios de Medicina Intensiva</i> • <i>IQZ-CS: despliegue del Proyecto Infección Quirúrgica Zero-Cirugía Segura</i> • <i>LVSQ: utilización del listado de verificación quirúrgica en el hospital</i>
Fuente	Cuadros de mando on-line Proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero e ITU Zero. Plan de acción y cuadro de mando on-line del Proyecto Cirugía Segura-Infección Quirúrgica Zero. Cuadro de mando del proyecto de verificación de la seguridad quirúrgica
Estándar	Los de cada subindicador para obtener las puntuaciones parciales

El cálculo del índice se realizará sustituyendo las puntuaciones obtenidas en las valoraciones parciales de los subindicadores, como se refleja en la fórmula.

En el caso de concurrir varios hospitales en el área de salud, se aplicará el siguiente criterio de ponderación:

– Área de Burgos: CAUBU: 74%, HSA: 13%, HSR: 13%

SUBINDICADOR UCI-Z	Resultados de los Proyectos Zero en los Servicios de Medicina Intensiva: - Bacteriemia Zero: Densidad de incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. - Neumonía Zero: Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. - Resistencia Zero: Tasa de pacientes con una o más infecciones por bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI. - ITU Zero: Densidad de incidencia de infección del tracto urinario (ITU) asociada a sonda urinaria (SU) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva.
CÁLCULO	- Bacteriemia Zero: Nº de bacteriemias primarias y asociadas a catéter venoso central x 1.000 / Nº de días con catéter venoso central - Neumonía Zero: Nº de neumonías asociadas a ventilación mecánica x 1.000 / Nº de días con ventilación mecánica - Resistencia Zero: Nº de pacientes con una o más infecciones por BMR adquiridas en UCI x 1.000 / Nº de días de estancia en UCI - ITU Zero: Nº de episodios de ITU asociados a sondaje urinario x 1.000 / Nº de días con sondaje urinario El periodo de estudio corresponderá a todo el año 2022 e incluirá a los pacientes ingresados en la UCI más de 24 horas. Se considerará caso aquel paciente que presente una de las infecciones vigiladas durante su estancia en el Servicio de Medicina Intensiva o en las siguientes 48 horas de su traslado a otra unidad. Se excluirán del indicador aquellas infecciones presentes al ingreso del paciente o que debuten en las primeras 48 horas de estancia en la unidad.
FUENTE	Cuadro de mando on-line de los Proyectos Zero (Bacteriemia, Neumonía, Resistencia e ITU Zero)
ESTÁNDAR	- Bacteriemia Zero: ≤ 3 episodios de bacteriemia por mil días de catéter venoso central. - Neumonía Zero: ≤ 7 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica. - Resistencia Zero: ≤ 1,3 pacientes con infecciones por BMR adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI. - ITU Zero: ≤ 2,7 episodios de ITU-SU por 1000 días de sondaje urinario.
CRITERIOS DE VALORACIÓN	Cumple los estándares de los cuatro proyectos = 1 No cumple = 0

– Área de Valladolid Este: HCUV: 85%, HMC: 15%

Los subindicadores de UCI-Z e CS-IQZ no se evaluarán en los hospitales del Grupo I (HSA, HSR y HMC), asignándose su puntuación al subindicador LVSQ.

SUBINDICADOR CS-IQZ	Despliegue y resultados del proyecto Cirugía segura-Infección Quirúrgica Zero		
CÁLCULO	- El hospital alcanza un nivel adecuado de implantación del proyecto - La incidencia de infección del lugar quirúrgico (ILQ) disminuye en un 15% respecto a la situación basal o se mantiene dentro de los estándares internacionales		
FUENTE	Informes del Proyecto Cirugía Segura-Infección Quirúrgica Zero		
ESTÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	Nivel		Valor asignado a indicador
	Nivel 1	Se considerará alcanzado el estándar cuando el hospital haya conseguido que el porcentaje de adherencia a las 5 medidas destinadas a la prevención de ILQ (adecuación global de la profilaxis antibiótica, aplicación de clorhexidina, eliminación del vello, normotermia y normoglucemia) sea $\geq 50\%$	40%
	Nivel 2	Se considerará alcanzado el estándar cuando se den una de estas dos situaciones: a) Se ha reducido en un 15% la incidencia de ILQ b) La incidencia acumulada de ILQ se encuentra dentro de los estándares internacionales	40%
	Nivel 3	El hospital alcanza los niveles 1 y 2	100%

SUBINDICADOR LVSQ	Utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el hospital		
CÁLCULO	Nº intervenciones programadas con y sin ingreso en las que se utiliza el LVSQ / Nº intervenciones programadas con y sin ingreso realizadas		
FUENTE	Numerador: Cuadro de mando del Proyecto de verificación de la seguridad quirúrgica Denominador: SIAE/BISION (nº de intervenciones programadas realizadas con y sin ingreso)		
ESTÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	Nivel		Valor asignado al indicador
	Nivel 1	El LVSQ se utiliza en $\geq 50\%$ de las intervenciones programadas realizadas en el hospital y se introducen mejoras que eviten los problemas detectados	50%
	Nivel 2	El LVSQ se utiliza en $\geq 80\%$ de las intervenciones programadas realizadas en el hospital y se introducen mejoras que eviten los problemas detectados	100%
	Para valorar el cumplimiento del indicador se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es , antes del 15 de febrero de 2023, el cuadro de mando de seguimiento del proyecto que incluirá datos, tanto globales del hospital como por servicio, del: - Nº intervenciones programadas con y sin ingreso realizadas en el hospital, en las que se ha empleado el LVSQ. % LVSQ en los que se detectan problemas. - Ítems del LVSQ en los que se detectan problemas con más frecuencia y mejoras puestas en marcha para evitar su repetición.		

OBJETIVO 11: Incorporar a la cartera de servicios de los hospitales de nuestra Comunidad, tres consultas de cuidados de enfermería por cada centro hospitalario, de acuerdo a los criterios establecidos por la GRS e Implantación de Gacela en las consultas de enfermería.

Indicador	Inclusión en los sistemas de información de los centros hospitalarios (SIAE-HPHIS), las agendas de tres consultas de cuidados de enfermería definidas por cada centro hospitalario, de acuerdo a las necesidades asistenciales de cada Área de Salud con la captura de la actividad en Gacela
VALOR	25
CÁLCULO	Nº de agendas integradas en HP-HIS que cada Hospital haya puesto en marcha en el plazo establecido ----- x 100 Nº de Proyectos presentados y aprobados por la DGPAS Nº consultas de cuidados de enfermería con actividad registrada en Gacela x100 / nº consultas de enfermería atendidas
FUENTE	– Proyectos de Consultas de Cuidados: Informe Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria – Habilitación de las agendas en HPHIS. Informes de la Dirección General de Sistemas de información, Calidad y Prestación farmacéutica. – Gacela
ESTÁNDAR	3 agendas integradas en HP-HIS: 100% y ≥ 50 % de implantación en Gacela Consultas en todos los Hospitales 2 agendas integradas en HP-HIS: 70% y ≥ 50 % de implantación en Gacela Consultas en todos los Hospitales 1 agenda integrada en HP-HIS: 40% y ≥ 50 % de implantación en Gacela Consultas en todos los Hospitales

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

La inclusión de las agendas de las Consultas de Cuidados de Enfermería en los sistemas de información del Centro hospitalario seguirán los siguientes pasos:

- Cada centro remitirá una relación general de aquellas consultas que pretenda incorporar en el año 2022, antes del día 31 de mayo de 2022.
- En los casos que así lo requiera, el Servicio de Gestión de Cuidados y Enfermería coordinará y consensuará con los centros la elaboración del documento específico para las consultas solicitadas, de acuerdo al Documento Marco para el desarrollo de las consultas de enfermería en el ámbito

Gerencia Regional de Salud

hospitalario de la Gerencia Regional de Salud (2017) y al Documento específico de las Consultas de Cuidados en el ámbito hospitalario (2019), estableciendo criterios homogéneos para toda la Comunidad.

- Una vez elaborado el documento específico, y en base al mismo, cada centro hospitalario remitirá la solicitud de inclusión y el proyecto de las consultas de cuidados (Anexo II), antes del 30 de septiembre de 2022.
- La Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria informará a cada Gerencia, la aprobación o no de dichos proyectos, para que inicie formalmente las actuaciones necesarias para la integración dichas consultas en la cartera de servicios de cada centro solicitante.
- El Servicio de Admisión y documentación clínica (SADOC) de cada centro habilitará la estructura de la agenda definida para cada una de las consultas en HP-HIS, para su implementación y gestión, de acuerdo a lo recogido en el Manual de configuración de agendas. Consultas de cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario, informando a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de su implantación efectiva, antes del 31 de diciembre de 2022.

_Se considera que una consulta de enfermería está creada e implantada, cuando:

- Se han presentado los proyectos por cada consulta solicitada en tiempo y forma y han sido aprobados por la DGPAS
 - Se han habilitado las agendas en los sistemas de información del hospital-SIAE (HP-HIS), de acuerdo a lo recogido en el Manual de configuración de agendas. Consultas de cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario, de cada consulta solicitada.
 - Se realice la captura(acude/no acude) de la actividad en Gacela y el registro de los cuidados de enfermería
- Este indicador será aplicable a todos los centros hospitalarios.

_La valoración del indicador se realizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El valor máximo (20 puntos), se otorgará siempre que se disponga de 3 proyectos de consultas de cuidados de la especialidad que cada centro considere, remitidos en forma (adaptados a los documentos de referencia de las consultas de cuidados) y en el plazo indicado, y estén creadas y habilitadas las agendas correspondientes a cada una de ellas, así como el registro de la actividad de las consultas en Gacela

- 3 agendas integradas en HP-HIS: **25 puntos** (100%) y con el grado de implantación de Gacela en cada tipo de consulta ≥ 50 %
- 2 agendas integradas en HP-HIS: **16 puntos** (70%) y con el grado de implantación de Gacela en cada tipo de consulta: ≥ 50 %
- 1 agenda integrada en HP-HIS: **8 puntos** (40%) y con el grado de implantación de Gacela en cada tipo de consulta (Ostomías, Neurología, Neumología): ≥ 50 %

Resto de situaciones: puntúa 0

OBJETIVOS DE ÁREA DE SALUD

OBJETIVO 1: Eficiencia Programas cribado de cáncer

Colonoscopias realizadas en menos de 2 meses en el cribado de cáncer colorrectal.

INDICADOR 1.1	Colonoscopias realizadas en tiempo (< 2 meses) en el cribado de cáncer colorrectal
VALOR	10
CÁLCULO	En las comisiones de coordinación para el cribado de cáncer colorrectal, con periodicidad trimestral, se analizará el tiempo transcurrido entre el test de sangre oculta en heces positivo y la prueba de confirmación diagnóstica (colonoscopia), estableciendo los objetivos y propuestas de mejora que se precisen
FUENTE	HORUS: aplicación informática para la gestión del programa de cribado
ESTÁNDAR	Informes de la comisión de coordinación para el cribado de cáncer colorrectal

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

La comisión de coordinación para el cribado de cáncer colorrectal de cada Área, analizará conjuntamente (Atención Primaria/Hospital/Servicio Territorial de Sanidad) los resultados de cribado y la realización de la prueba de confirmación diagnóstica (colonoscopia), con periodicidad trimestral.

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Sólo se procederá a la evaluación del objetivo cuando el porcentaje de datos **grabados en HORUS**, sobre las personas **derivadas a colonoscopia** (test de sangre oculta en heces positivo) desde el Programa supere el 80%.

Se obtendrá el 100% de la puntuación:

Se habrá conseguido que, al menos, al 80% de los participantes que han precisado confirmación diagnóstica, se les haya realizado la colonoscopia dentro del periodo acordado (≤ 2 meses).

Despistaje cribado de cáncer de cuello de útero (CCU)

INDICADOR 1.2	Estudio ginecológico de confirmación realizado en tiempo (<3 meses) en el cribado de cáncer de cuello de útero (CCU)
VALOR	10
CÁLCULO	Número de estudios ginecológicos realizados en tiempo <3 meses en mujeres participantes en el Programa de prevención y detección precoz del CCU, que con resultados positivos en la primera fase de cribado, tienen indicación de ser derivadas a atención hospitalaria (días desde la fecha de recepción de resultados del primer cribado hasta fecha de diagnóstico de confirmación en el hospital). <u>El cálculo se realizará cuando se disponga en cada centro sanitario de al menos, el 80 % de los datos de las mujeres con indicación de derivación con resultado positivo, grabados en la aplicación PCAN.</u>
FUENTE	PCAN: aplicación informática para la gestión del Programa de prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero.
ESTÁNDAR	Porcentaje de mujeres con resultado positivo en la primera fase de cribado que tienen indicación de derivación a atención hospitalaria, cuyo estudio ginecológico se ha realizado en menos de 3 meses desde la fecha de recepción del resultado de cribado. La puntuación máxima se obtendrá cuando el valor del indicador sea mayor del 80% de las mujeres positivas derivadas (confirmación diagnóstica menor a 3 meses).

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Numerador: Número de personas participantes en el Programa con indicación de derivación a atención hospitalaria para estudio ginecológico (por resultado de primera fase de cribado positivo) cuyo estudio se ha realizado en un tiempo menor de 3 meses desde la fecha de recepción de resultados del primer cribado.

Denominador: Número total de personas participantes en el Programa con indicación de derivación a atención hospitalaria para estudio ginecológico (por resultado de primera fase de cribado positivo).

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Sólo se procederá a la evaluación del objetivo cuando el porcentaje de datos **grabados en PCAN**, sobre las mujeres **derivadas al hospital** desde el programa superen el 80%.

La puntuación máxima se obtendrá cuando el valor del indicador sea mayor del 80% de las mujeres positivas derivadas (confirmación diagnóstica menor a 3 meses).

Despistaje cribado de cáncer de mama (ecografía)

INDICADOR 1.3	Tiempo de valoración adicional (mediante Ecografía) en el cribado de cáncer de mama
VALOR	10
CÁLCULO	Números de días (media) que transcurren entre la realización de la mamografía de cribado y la ecografía (prueba complementaria más frecuente), en las mujeres con informe radiológico de la mamografía de cribado BIRADS 3b,4 o 5
FUENTE	PCAN: aplicación informática para la gestión del Programa cribado
ESTÁNDAR	El tiempo de valoración adicional por ecografía (media en días) inferir a 40 días

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Selección en PCAN de las mujeres participantes en el programa de detección precoz de cáncer de mama, con informe radiológico de la mamografía de cribado BIRADS 3b, 4 o 5 y que se les haya hecho una ecografía.

Cálculo de los días transcurridos entre mamografía y una ecografía (media en días).

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando la media en días entre la mamografía de cribado y la ecografía (para valoración adicional en mujeres derivadas por informe radiológico BIRADS 3b,4 o 5) sea inferior a 40 días

El cumplimiento es de Área. Sólo se procederá a la evaluación del objetivo cuando el porcentaje de datos grabados en PCAN mama, sobre las mujeres derivadas a atención hospitalaria para **ecografía mamaria**, dentro del Programa, superen el 80%. El informe de evaluación deberá ser aprobado por la Comisión de Coordinación para el *Programa de detección precoz del cáncer de mama* que cada Área.

Despistaje cribado de cáncer de mama (biopsia)

INDICADOR 1.4	Tiempo de valoración adicional (mediante Biopsia) en el cribado de cáncer de mama
VALOR	10
CÁLCULO	Números de días (media) que transcurren entre la realización de la mamografía de cribado y la biopsia en las mujeres con informe radiológico de la mamografía de cribado BIRADS 3b,4 o 5
FUENTE	PCAN: aplicación informática para la gestión del Programa cribado
ESTÁNDAR	El tiempo de valoración por biopsia (media en días) inferir a 35 días

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Selección en PCAN de las mujeres participantes en el programa de detección precoz de cáncer de mama, con informe radiológico de la mamografía de cribado birads 3b, 4 o 5 y que se les haya hecho una biopsia.

Cálculo de los días transcurridos entre mamografía y la biopsia (media en días).

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando la media en días entre la mamografía de cribado y la biopsia (para valoración adicional en mujeres derivadas por informe radiológico birads 3b,4 o 5) sea inferior a 35 días

El cumplimiento es de Área. Sólo se procederá a la evaluación del objetivo cuando el porcentaje de datos grabados en PCAN mama, sobre las mujeres derivadas a atención hospitalaria para realización de **biopsia** tras una ecografía mamaria, incluidas en el Programa, superen el 80%. El informe de evaluación deberá ser aprobado por la Comisión de Coordinación para el *Programa de detección precoz del cáncer de mama* que cada Área.

OBJETIVO 2: Mejorar la cobertura, calidad y resultados de los procesos asistenciales

INDICADOR 2.1	Índice de calidad en la práctica asistencial (ICPA)
VALOR	40 puntos
CÁLCULO	Suma del resultado obtenido en la puntuación de cada uno de los indicadores / total de indicadores de todos los procesos
FUENTE	Sistema de información MedoraCyL, Sistemas de información hospitalarios
ESTÁNDAR	Se fija en los indicadores de cada proceso

EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES-PAG 2022				
PROCESO	INDICADORES	Nivel mínimo	OBJETIVO	ESTÁNDAR
DIABETES MELLITUS TIPO 2	1. Porcentaje de personas ≤ 65 años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad/complicación grave con determinación de $HbA_{1c} \leq 7\%$ en el último año	35%	50%	70%
	2. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas en el último año $\leq 140/90$	40%	50%	80%
	3. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo y/o interconsulta a Oftalmología en los 2 últimos años	32%	60%	90%
	4. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 sin proceso clínico de pie diabético a las que se han valorado los pies en el último año	40%	60%	80%
	5. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo	50%	70%	95%
	6. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 vacunadas frente al gripe	50%	70%	95%
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA (ICC)	7. Porcentaje de personas con ICC que han recibido información sobre detección precoz de signos/síntomas de alarma	70%	80%	90%

EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES-PAG 2022				
PROCESO	INDICADORES	Nivel mínimo	OBJETIVO	ESTÁNDAR
ICTUS	8. Porcentaje de personas diagnosticadas de ictus con la media de las cifras de PA registradas en el último año $\leq 140/90$	45%	60%	80%
CUIDADOS PALIATIVOS	9. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor en el último año	45%	60%	90%
	10. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social	40%	50%	85%
	11. Porcentaje de personas < 18 años con el proceso clínico de cuidados paliativos pediátricos y asignado el nivel de intervención	30%	50%	85%
EPOC	12. Porcentaje de personas ≥ 35 años diagnosticadas de EPOC a los que se ha realizado revisión de la técnica inhalatoria	30%	50%	85%
	13. Porcentaje de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo	60%	70%	95%
	14. Porcentaje de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a la gripe	60%	70%	95%
PERSONA FUMADORA	15. Porcentaje de personas fumadoras con identificación de la fase de motivación para el cambio	2%	3%	5%
PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD	16. Porcentaje de personas ≥ 70 años con anamnesis de caídas en los últimos dos años	10%	20%	30%
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	17. Porcentaje de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe el último año	40%	50%	80%
	18. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y con nefropatía con la media de las cifras de PA registradas en el último año $\leq 130/80$	35%	50%	80%
ATENCIÓN AL PARTO NORMAL	19. Porcentaje de episiotomías en parto eutócico	$< 50\%$	$< 40\%$	$< 15\%$
ANTICOAGULACIÓN	20. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante y con valoración de adherencia terapéutica	70%	80%	90%
FIBROMIALGIA	21. Porcentaje de personas diagnosticadas de fibromialgia en los que se ha valorado, al menos una vez, el impacto en la calidad de vida (FIQ/CIF)	10%	30%	75%
COVID-19	22. Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 que tienen valoración de los síntomas de alarma durante el aislamiento (hasta 10 días posteriores al diagnóstico). Aparece en el apartado de plan terapéutico de la guía asistencial:	40%	60%	80%
	23. Porcentaje de pacientes con COVID Persistente con valoración del estado funcional	30%	50%	85%
ENFERMEDADES NEURO-DEGENERATIVAS	24. Porcentaje de personas con enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, enfermedad de Parkinson, ELA) que tienen identificado el cuidador principal.	30%	50%	85%
	25. Porcentaje de personas con enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, enfermedad de Parkinson, ELA) que han sido informados sobre las instrucciones previas (pendiente de validar por GDT)	10%	20%	30%

Explicación de los términos del indicador y de la fuente:

- **Numeradores:** Para la obtención de los datos de los indicadores las fuentes de información serán la historia clínica electrónica y los sistemas de información hospitalarios y de atención primaria.
- **Denominadores:** Los denominadores para el cálculo de los indicadores corresponden a la población de referencia de TIS incluida en cada uno de los procesos.
- **Edad de la población:** personas mayores de 15 años para todos los indicadores, salvo indicación expresa en el indicador.
- **Periodicidad:** anual excepto el indicador 3.
- **Fuente:** Los indicadores se han tomado de la actualización de la cartera de servicios de Atención Primaria (2019) y de los procesos asistenciales.

Fórmulas

1. **Porcentaje de personas ≤ 65 años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad /complicación grave * con HbA1c ≤7% :**

Nº personas ≤65 años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad grave * con una determinación de determinación de HbA1c ≤7% X 100

Nº total personas ≤ 65 años con DM2

*Comorbilidad grave: hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía, neuropatía diabética, dislipemia, hipotiroidismo, retinopatía, nefropatía y pie diabético

2. **Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas ≤ 140/90:**

Nº de personas con DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas ≤ 140/90 X 100

Nº de personas con DM2 y sin nefropatía

3. **Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo en los dos últimos años:**

Nº de personas con DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo X 100

Nº de personas con DM2 sin retinopatía

4. **Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 sin proceso clínico de pie diabético a las que se han valorado los pies:**

Nº de personas con DM2 sin proceso clínico de pie diabético a las que se han valorado los pies X 100

Nº de personas con DM2 sin proceso clínico de pie diabético

5. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo:

Nº de personas diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo X 100

Nº personas diagnosticadas de DM2

6. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a gripe:

Nº de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a gripe X 100

Nº personas diagnosticadas de DM2

7. Porcentaje de personas con ICC que han recibido información sobre detección precoz de signos/síntomas de alarma al menos una vez:

Nº de personas con ICC que han recibido información sobre detección precoz de signos/sínt de alarma X
100

Nº de personas con ICC

8. Porcentaje de personas diagnosticadas de ictus con la media de las cifras de PA registradas ≤140/90:

Nº de personas diagnosticadas de ictus con media de las cifras de PA registradas ≤140/90 X 100

Nº de personas diagnosticadas de ictus

9. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor en el último año:

Nº personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor X 100

Nº total personas incluidas en el proceso de CP

10. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social:

Nº personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social X 100

Nº total personas incluidas en el proceso de CP

11. Porcentaje de personas <18 años con el proceso clínico de cuidados paliativos pediátricos (CPP) y asignado el nivel de intervención

Nº personas <18 años con el proceso clínico de CPP y asignado el nivel de intervención X 100

Nº total personas <18 años con el proceso clínico de CPP

12. Porcentaje de personas ≥ 35 años diagnosticadas de EPOC a los que se ha realizado revisión de la técnica inhalatoria:

Nº personas ≥ 35 años diagnosticadas de EPOC a los que se ha realizado revisión de la técnica inhalatoria X 100

Nº personas ≥ 35 años diagnosticadas de EPOC

13. Porcentaje de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo:

$$\frac{\text{Nº de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo} \times 100}{\text{nº personas diagnosticadas de EPOC}}$$

14. Porcentaje de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a gripe:

$$\frac{\text{Nº de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a gripe} \times 100}{\text{nº personas diagnosticadas de EPOC}}$$

15. Porcentaje de personas fumadoras con identificación de la fase de motivación para el cambio:

$$\frac{\text{Nº de personas fumadoras con identificación de la fase de motivación para el cambio} \times 100}{\text{nº de personas fumadoras}}$$

16. Porcentaje de personas ≥ 70 años con anamnesis de caídas en los últimos dos años:

$$\frac{\text{Nº personas} \geq 70 \text{ años con anamnesis de caídas en los últimos dos años} \times 100}{\text{nº personas} \geq 70 \text{ años}}$$

17. Porcentaje de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe el último año:

$$\frac{\text{Nº de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe} \times 100}{\text{nº de personas con DM2}}$$

18. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y con nefropatía con la media de las cifras de PA registradas $\leq 130/80$:

$$\frac{\text{Nº personas con DM2 y con nefropatía con la media de las cifras de PA registradas} \leq 130/80 \times 100}{\text{nº total personas con DM2 y con nefropatía}}$$

19. Porcentaje de episiotomías en partos eutócicos:

$$\frac{\text{Nº de episiotomías en partos eutócicos} \times 100}{\text{Nº total de partos eutócicos}}$$

20. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante y con valoración de adherencia terapéutica:

$$\frac{\text{Nº de personas con tratamiento anticoagulante y con valoración de adherencia terapéutica} \times 100}{\text{Nº total de personas con tratamiento anticoagulante}}$$

21. Porcentaje de personas diagnosticadas de fibromialgia (FM) en los que se ha registrado, al menos una vez, el impacto en la calidad de vida (FIQ/CIF):

$$\frac{\text{Nº de personas diagnosticadas de FM con registro de FIQ/CIF} \times 100}{\text{Nº total de personas diagnosticadas de FM}}$$

22. Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 que tienen valoración de los síntomas de alarma durante el aislamiento (hasta 10 días posteriores al diagnóstico). Aparece en el apartado de plan terapéutico de la guía asistencial:

$$\frac{\text{Nº personas con infección por SARS – CoV – 2 con valoración de los síntomas de alarma durante el aislamiento} \times 100}{\text{Nº total de personas con infección por SARS – CoV – 2}}$$

23. Porcentaje de pacientes con COVID Persistente con valoración del estado funcional

$$\frac{\text{Nº personas con COVID Persistente con valoración del estado funcional} \times 100}{\text{Nº total de personas con COVID Persistente}}$$

24. Porcentaje de personas con enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, enfermedad de Parkinson, ELA) que tienen identificado el cuidador principal.

$$\frac{\text{Nº personas con enfermedades neurodegenerativas que tienen identificado el cuidador principal} \times 100}{\text{Nº total de personas con enfermedades neurodegenerativas}}$$

25. Porcentaje de personas con enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, enfermedad de Parkinson, ELA) que han sido informados sobre las instrucciones previas.

$$\frac{\text{Nº personas con enf. Neurodegenerativas que han sido informados sobre las instrucciones previas} \times 100}{\text{Nº total de personas con enfermedades neurodegenerativas}}$$

Criterios de valoración del resultado obtenido:

El índice sintético **ICPA** (índice de calidad en la práctica asistencial) se elabora a partir de los indicadores de proceso y resultado de los procesos asistenciales mediante la suma de todas las puntuaciones.

- Para cada indicador se establece un objetivo, cuya obtención proporciona la puntuación máxima de dicho indicador. En general, el objetivo a alcanzar se ha establecido a partir del resultado medio obtenido por el 75% de los profesionales de la Comunidad con mejores resultados en cada indicador.
- Conseguir el nivel mínimo del indicador garantiza el 80% de la puntuación asignada al indicador. El resto de puntos hasta conseguir el 100% se asignarán proporcionalmente según se aproxime al objetivo establecido. Por debajo del nivel mínimo no se asignará ningún punto.
- Con carácter informativo, para cada uno de los indicadores se establece un estándar de calidad como referente de excelencia. Este estándar, cuando no existen referencias bibliográficas, se ha calculado

teniendo en cuenta el resultado medio obtenido por el 5% de los profesionales de la Comunidad que mejores resultados presentan en cada indicador.

OBJETIVO 3: Mejorar la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica en el Área de Salud.

Índice Sintético de Eficiencia en prescripción a través de receta. Valoración GSA			
OBJETIVOS GENERALES		Estándar	Ptos
Cumplir el presupuesto de prestación farmacéutica a través de receta (cap IV) El cumplimiento de los siguientes indicadores en cualquiera de los estándares será valorado en caso de no cumplimiento o cumplimiento parcial del objetivo de presupuesto cap IV.		$\leq 98,00\%$ $> 98,00\% \text{ y } \leq 100,00\%$ $> 100,00\%$	60 30 0
VII.1	Selección de IBP eficientes	$\geq 80\%$ $\geq 75\% \text{ y } < 80\%$	4 2
VII.2	Selección de Estatinas eficientes	$\geq 23\%$ $\geq 20\% \text{ y } < 23\%$	3 2
VII.3	Selección de IECA y ARAII eficientes	$\geq 57\%$ $\geq 51\% \text{ y } < 57\%$	4 2
VII.4	Selección de antidepresivos eficientes	$\geq 45\%$ $\geq 40\% \text{ y } < 45\%$	4 2
VII.5	% Selección en osteoporosis eficientes	$\geq 60\%$ $\geq 50\% \text{ y } < 60\%$	4 2
VII.6	% de opioides mayores No eficientes	$\leq 28\%$ $28 > \% \text{ y } \leq 35\%$	4 2
VII.7	% CPA con EFG	$\geq 72\%$ $\geq 70\% \text{ y } < 72\%$	3 2
VII.8	% biosimilares del PA insulina glargina	$\geq 15\%$ $\geq 12\% \text{ y } 15\% <$	3 2
VII.9	% de enoxaparina biosimilar en relación al total de HBPM	$\geq 32\%$ $\geq 25\% \text{ y } < 32\%$ %	3 2
VII.10	% selección análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina eficiente (Leuprorelina)	$\geq 75\%$ $\geq 65\% \text{ y } < 75\%$ %	3 2
Al finalizar el año, se realizarán ajustes presupuestarios motivados por alguna de las siguientes circunstancias: a) Variaciones relevantes de población de 2022 frente a la población 2021 b) Variaciones relevantes en las recetas dispensadas a pacientes de otras Comunidades Autónomas c) Implantación de nuevas medidas estructurales con impacto en el gasto farmacéutico computado en capítulo IV			

INDICADORES	DEFINICIONES	OBJETIVO
% Eficientes IBP	% de DDD de inhibidores de bomba de protones (IBP) eficientes frente al total de DDD de IBP PA eficiente: omeprazol (A02BC01)	↑ Crecer
% Eficientes Estatinas	% de DDD de estatinas eficientes frente al total de DDD de estatinas PA eficiente: simvastatina (C10AA01)	↑ Crecer
% Eficientes IECA_ARA2	% de DDD de medicamentos del sistema renina angiotensina (IECA, ARA2 y sus combinaciones) eficientes frente al total de DDD de IECA y ARA2 PA eficiente: enalapril (C09AA02), ramipril (C09AA05), lisinopril (C09AA03), captopril (C09AA01), quinapril (C09AA06), enalapril_diuréticos (C09BA02), quinapril_diuréticos (C09BA06), ramipril_diuréticos (C09BA05), captopril_diuréticos (C09BA01), lisinopril_diuréticos (C09BA03), losartán (C09CA01), losartán y diuréticos (C09DA01)	↑ Crecer
% Eficientes Antidepresivos	% de DDD de antidepresivos eficientes frente al total de DDD de antidepresivos PA eficiente: fluoxetina (N06AB03), citalopram (N06AB04), paroxetina (N06AB05), sertralina (N06AB06)	↑ Crecer
% NOV ENV	% Envases de medicamentos clasificados como novedad: "no supone avance terapéutico o no valorable" o "investigación clínica disponible insuficiente" respecto al total de envases de medicamentos	↓ Decrecer/mantener
% de opioides mayores No eficientes	% DDD opioides mayores NO eficientes respecto del total de opioides mayores (N05A) PA NO eficientes: fentanilo de liberación rápida (N02AB03-determinados conjuntos), oxycodona naloxona (N02AA55) y tapentadol (N02AX06).	↓ Decrecer/mantener
% Eficientes osteoporosis	% de DDD de medicamentos eficientes para la osteoporosis frente al total de DDD (bisfosfonatos -M05BA,M05BB)- + M05BX (denosumab M05BX04) + SERMS -G03XC- + H05AA (teriparatida H05AA02) PA eficiente: alendrónico (M05BA04), ibandrónico (M05BA06), risedrónico (M05BA07) y alendronato+colecalfiferol (M05BB03)	↑ Crecer
% CPA_EFG	% de envases de productos que pertenecen a un CPA que tiene EFG respecto al total de envases de medicamentos (consultar informe disponible en el portal)	↑ Crecer
% Biosimilar	%DDD de Glargina biosimilar respecto del total	↑ Crecer
% enoxa BS vs HBPM	% de DDD de enoxaparina Biosimilar en relación al total de DDD de heparinas de bajo peso molecular (HBPM)	↑ Crecer
% Eficientes análogos de la LHRH	% de DDD de leuprorelina en relación al total de DDD de análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina	↑ Crecer

OBJETIVO 4: Mejorar la farmacoterapia y adecuación de los medicamentos en los pacientes polimedicados

INDICADOR 4.1	Implantar estrategias y actividades que consoliden la revisión del plan terapéutico como elemento fundamental para asegurar una adecuada farmacoterapia y fomentar la adherencia, centrado en polimedicados.
VALOR	15
CÁLCULO	Índice de diferentes indicadores centrados en la revisión y adecuación del plan terapéutico
FUENTE	1. Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO. Fuente Registro intervenciones Concyli 2. Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente. Fuente Registro intervenciones Concyli 3. Adherencia terapéutica: consulta de informe por el personal de Centros de Salud (médico/enfermera). Fuente Concyli 4. Revisión del plan terapéutico: consulta de informe de priorización de pacientes a revisar. Fuente Concyli.
ESTÁNDAR	1. Intervenciones revisión del plan terapéutico: >5%: 3puntos 2. Intervenciones Seguridad: >10%: 3 puntos 3. Consulta informe de adherencia: > 30%: 3 puntos 4. Consulta informe revisión del PT: >40%: 6 puntos

Explicación de los términos del indicador y su valoración

1. **Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO:** Se considerarán todas las intervenciones registradas a lo largo del año 2022 en la categoría “revisión del plan terapéutico” por cualquier farmacéutico del área en el citado registro. El denominador se cuantificará con la población que cumpla TODOS los siguientes criterios: G2, no institucionalizado, ≥ 75 años y ≥ 8 PA.
2. **Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente:** Se considerarán todas las intervenciones registradas a lo largo del año 2022 en las categorías: Adecuación: interacciones, indicación, dosis; Criterios STOP START; Duplicidades; Optimización de pautas RECYL; Sobredosis o dosis superior a la máxima, o en otras categorías que se establezcan a lo largo del año. En el denominador se cuantificará con la población que cumpla TODOS los siguientes criterios G2, no institucionalizados, ≥ 75 años y ≥ 8 PA.
El denominador de ambos indicadores es orientativos en relación a la población candidata. Se tendrán en cuenta todas las intervenciones realizadas en cualquier paciente.

3. Adherencia terapéutica: consulta de informe por el personal de Centros de Salud (médico/enfermera)

Se valorará la consulta del informe de adherencia a nivel de cupo, como medida indirecta de realizar la estrategia de optimización del plan terapéutico y de la mejora de adherencia. El informe está colgado en el Portal del Medicamento.

4. Revisión del plan terapéutico: consulta de informe de priorización de pacientes a revisar

Se valorará la consulta del informe de priorización a nivel de cupo, como medida indirecta de realizar la estrategia de revisión del plan terapéutico centrada en pacientes crónicos y polimedicados. El informe está colgado en el Portal del Medicamento.

Criterios de valoración del resultado obtenido:

- 1. Registro de intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl en Concyliia:** Indicador a nivel de área, valora el % de pacientes con registro de intervención sobre la población candidata a intervención de atención farmacéutica (G2, no institucionalizados, ≥ 75 años y ≥ 8 PA).
- 2. Registro de intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl en Concyliia RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD del paciente** (Adecuación: interacciones, indicación, dosis, Criterios STOP START, Duplicidades, Optimización de pautas RECYL, Sobredosis o dosis superior a la máxima...) Indicador a nivel de área refleja el número de pacientes con registro de intervención en respecto a la población del siguiente grupo (G2, no institucionalizados, ≥ 75 años y ≥ 8 PA).
- 3. Adherencia terapéutica: consulta de informe por el personal de Centros de Salud (médico/enfermera): Se valora a nivel de cupo.** El indicador refleja el % de cupos de MF de AP que han consultado el informe de adherencia al menos una vez a lo largo del año.
- 4. Revisión del plan terapéutico: consulta de informe de priorización de pacientes a revisar** El indicador refleja el % de cupos de MF de AP que han consultado el informe de priorización de pacientes a revisar al menos una vez a lo largo del año.

OBJETIVO 5: Mejorar el funcionamiento y funcionalidades de los sistemas de información

INDICADOR 5.1	Índice de calidad y mejora en el registro de los Sistemas de Información Sanitaria en AP y AH
VALOR	35
CÁLCULO	ICMSI (0,2 A + 0,1 B + 0,3 C + 0,3 D + 0,1E) x 35 A: Cobertura trimestral en la codificación del RAE-CMBD de Hospitalización B: Cobertura trimestral en la codificación del RAE-CMBD de Cirugía Ambulatoria C: Calidad en la cumplimentación de los registros en los ficheros de Lista de Espera correspondientes a LECYT (Consultas Externas Y Técnicas Diagnósticas) D: BISION. Participación en la validación y mejora de la calidad de los datos en origen en AP y AH E: % pacientes PCPP / Diabetes / Hipertensión que tienen alguna CDE/ FRI
FUENTE	CMBD, SIAE, Ficheros LECYT, BISION, Medora, Módulo de Cuidados AP
ESTÁNDAR	A y B: Cobertura trimestral $\geq 95\%$ y remisión antes del fin del mes siguiente C: Adecuación $\geq 95\%$ para cada una de las listas de espera y envío en los 7 primeros días D: $\geq 95\%$ E: $>25\%$

INDICADOR A: Cobertura trimestral en la codificación del RAE-CMBD de Hospitalización

Cálculo: Nº de procesos codificados trimestralmente x 100/ Nº de procesos recogidos en el periodo según SIAE.

Fuente: CMBD, SIAE.

Estándar: $\geq 95\%$ trimestral

Explicación de los términos del indicador: Mantener una cobertura suficiente con periodicidad trimestral en la codificación de los procesos recogidos en el CMBD.

Criterios de valoración del resultado obtenido: Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible disponer de al menos el 95% codificado del trimestre en curso y que el fichero sea remitido a Servicios Centrales antes del fin del mes siguiente.

Valoración: En caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1 en el término correspondiente de la ecuación, en caso contrario será cero.

INDICADOR B: Cobertura trimestral en la codificación del RAE-CMBD de Cirugía Ambulatoria

Cálculo: Nº de procesos de CMA codificados trimestralmente x 100 / Nº de procesos de CMA recogidos en el periodo según SIAE

Fuente: CMBD / SIAE

Estándar: ≥ 95% trimestral

Explicación de los términos del indicador: Mantener una cobertura suficiente con periodicidad trimestral en la codificación de los procesos recogidos en el CMBD.

Criterios de valoración del resultado obtenido: Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible disponer de al menos el 95% codificado del trimestre en curso y que el fichero sea remitido a Servicios Centrales antes del fin del mes siguiente.

Valoración: En caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1 en el término correspondiente de la ecuación, en caso contrario será cero.

INDICADOR C: Calidad en la cumplimentación de los registros en los ficheros de Lista de Espera correspondientes a LECYT (Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas)

Cálculo: Nº de registros correctamente cumplimentados en cada fichero x 100 / Nº total de registros

Fuente: Ficheros LECYT enviados por los centros. Informe de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica.

Estándar: ≥ 95% de adecuación para cada una de Listas de Espera correspondientes al fichero LECYT (Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas).

Explicación de los términos del indicador: Análisis de los ficheros LECYT enviados por los centros

Se valorará no solo la cumplimentación de los campos sino la concordancia de los valores de las variables.

Criterios de valoración del resultado obtenido:

- El número total de pacientes en lista de espera no deberá desviarse en más de un 20% de la cifra esperada teniendo en cuenta las entradas y salidas del periodo.
- La cumplimentación de los campos y la concordancia de los valores de las variables (Ej.: fechas incongruentes, tipo de cita=3 sin fecha de indicación...) serán adecuados en ≥ 95% de los casos.
- Los ficheros serán enviados mensualmente a Servicios Centrales en los 7 primeros días hábiles del mes siguiente.

Valoración: La puntuación asignada para este indicador, en el término correspondiente de la ecuación, será 1 si en ambas listas de espera la desviación en el número total de pacientes es < 20% y el % de registros correctamente cumplimentados es $\geq 95\%$

INDICADOR D: BISION. Participación en la validación y mejora de la calidad de los datos en origen en AP y AH

Cálculo: $\text{Nº de solicitudes cerradas} \times 100 / \text{nº solicitudes de validación enviadas}$

Fuente: Registro de incidencias BISION de la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica

Estándar: $\geq 95\%$

Criterios de valoración del resultado obtenido: Se valorarán las solicitudes enviadas desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Se considerará que la respuesta dada por el centro está cerrada cuando la información mostrada en BISION sea verificada por la gerencia y:

- Validada (es acorde con la información disponible en la gerencia)
- Detecta algún error que tiene que ser corregido en servicios centrales
- Detecta problemas en la calidad de datos en origen que son abordados por la gerencia (la mejora a alcanzar será definida en cada incidencia).

Valoración: En caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1 en el término correspondiente de la ecuación. Si alcanza el 60%, la puntuación será 0,6. Por debajo del 60% será cero.

INDICADOR E. % pacientes valorados en el Módulo de Cuidados por patrones de Marjory Gordon con proceso abierto de diabetes/hipertensión/PCPP

El Módulo de Cuidados constituye el registro de Cuidados en Atención Primaria. De manera progresiva, el módulo se ha implementado en todas las Áreas de Salud. El objetivo es que a lo largo de 2021 los pacientes con procesos de Diabetes, HTA y PCPP tengan registrada alguna CDE (característica definitoria) / FRI (factores de riesgo) de la valoración por patrones de Marjory Gordon relacionada con el proceso.

Cálculo: $\% \text{ de pacientes PCPP / Diabetes/ Hipertensión que tienen alguna CDE/ FRI registrada en la valoración por patrones de Marjory Gordon}$

Explicación de términos. El indicador mide el registro de la valoración realizada a los pacientes con los procesos de Diabetes, HTA, PCPP por los profesionales en el área de Atención Primaria

Fuente: Historia electrónica de Atención Primaria (Módulo de cuidados)

Estándar: $> 25\%$

Criterios de valoración del resultado obtenido: Se valorará las citas registradas desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021.

Valoración:

- Se establece un estándar de implantación del 25%, la puntuación asignada para este indicador será 1 en el término correspondiente de la ecuación.
- Si el resultado obtenido se encuentra entre el 15% y el 25 % la puntuación asignada será el 0,8.
- Si el resultado obtenido es menor al 15% la puntuación será cero.

OBJETIVO 6: Implantación de la Interconsulta No Presencial (ICNP) entre AP y AH

INDICADOR 6.1	Índice de implantación de la ICNP.
VALOR	20
CÁLCULO	$IICNP = (0,6 A + 0,4 B) \times 20$ A: Porcentaje de servicios/especialidades con agenda de ICNP activa en el Área de Salud B: Porcentaje de captura de ICNP
FUENTE	Jimena 4 – Catia/BISION
ESTÁNDAR	A: $\geq 20\%$ B: $\geq 85\%$

INDICADOR A: Porcentaje de servicios/especialidades con agenda de ICNP activa en el Área de Salud

Cálculo: Nº de servicios con agenda de ICNP activa en el Área de Salud x 100/ Nº de servicios con actividad de consultas externas en el centro hospitalario de referencia en el periodo

Fuente: Jimena 4 – Catia/BISION

Estándar: $\geq 20\%$ anual

Explicación de los términos del indicador: Implantar la ICNP en, al menos, el 20% de los servicios con actividad de consultas externas del centro hospitalario de referencia del Área de Salud, como herramienta para mejorar la continuidad asistencial, flexibilizar la atención al paciente, facilitando la accesibilidad a los recursos, y minimizando barreras e inconvenientes inherentes a la atención presencial, contribuyendo simultáneamente a aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria.

Criterios de valoración del resultado obtenido: Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible tener agendas de ICNP activas¹ en, al menos, el 20% de los servicios del centro hospitalario de referencia del Área de Salud.

Valoración: En caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1 en caso contrario será cero.

¹ Se considerará **agenda de ICNP activa** del servicio correspondiente si se han realizado, al menos, 200 ICNP en el periodo: 200 ICNP (hospitales terciarios), 100 ICNP (hospitales generales) y 50 ICNP (hospitales comarcales).

INDICADOR B: Porcentaje de ICNP capturadas en Jimena 4

Cálculo: Nº de ICNP capturadas en Jimena 4 x 100/ Nº total de ICNP en el Área de Salud en el periodo

Fuente: Jimena 4 – Catia/BISION

Estándar: ≥ 85% anual

Explicación de los términos del indicador: Capturar las ICNP solicitadas en el Área de Salud, para garantizar la funcionalidad y efectividad del proceso.

Criterios de valoración del resultado obtenido: Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible capturar, al menos, el 85% de las ICNP solicitadas en el Área de Salud.

Valoración: En caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1, en caso contrario será cero.

OBJETIVO 7: Diseño e Implementación de protocolos organizativos de telepresencia en cada área sanitaria.

INDICADOR 7.1	Diseño e implantación del protocolo organizativo asistencial de telepresencia en el área sanitaria, en la atención integral de la urgencia, entre Atención Primaria y el hospital.
VALOR	10
CÁLCULO	A. Evaluación cualitativa: Protocolo realizado en el área sanitaria con la estructura establecida según las indicaciones de la GRS. Remisión a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria antes del 1 de noviembre de 2022. B. Evaluación cuantitativa: consultas realizadas por telepresencia.
FUENTE	A. Responsables funcionales/organizativos del proyecto de telepresencia en cada área (hospital y atención primaria). B. Informes de la Dirección General de Sistemas de información, Calidad y Prestación farmacéutica.
ESTÁNDAR	A. 100% de los ítems del protocolo cumplimentados según indicaciones. (5 puntos). B. Nº consultas por telepresencia en el ámbito de urgencias (PAC-Servicio de urgencias del hospital). Mínimo de una consulta por PAC. (5 puntos).

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

El objetivo de este indicador de telepresencia es evaluar el protocolo y la implementación de la telepresencia en los centros sanitarios de la Comunidad de Castilla y León mediante el establecimiento de la organización en el ámbito operativo de los centros (atención primaria u hospitales) donde se van a instalar los equipos de telepresencia siguiendo unos criterios comunes en toda la Comunidad Autónoma que permitan realizar la implantación efectiva de la telepresencia a nivel asistencial de forma ordenada.

- A. El área de salud a través de sus gerencias de atención primaria y del hospital debe elaborar un protocolo organizativo asistencial de uso de la telepresencia, siguiendo las pautas marcadas por la Gerencia Regional de Salud, que será recogido por el responsable de telepresencia y evaluado de manera cualitativa. Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando cada protocolo contenga todos los ítems, y se alcanzará el 50%, cuando esté completado el 80% de los ítems. (5 puntos)

- B. Se considerará implementado el protocolo cuando al menos se realice 1 consulta por telepresencia desde cada PAC al servicio de urgencias de su hospital de referencia. (5 puntos). Se obtendrán 3 puntos cuando se realice al menos 1 consulta por telepresencia en el 50% de los PAC del área.

INDICADOR 7.2	Elaboración del protocolo organizativo asistencial para la atención urgente por telepresencia en el hospital.
VALOR	5
CÁLCULO	Evaluación cualitativa: Protocolo realizado en el hospital con la estructura establecida según las indicaciones de la GRS para la atención urgente. Remisión a Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria antes del 1 de noviembre de 2022
FUENTE	Responsables funcionales/organizativos del proyecto de telepresencia en cada hospital y gerencia correspondiente del hospital.
ESTÁNDAR	100% de los ítems del protocolo cumplimentados según indicaciones

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

El objetivo de este indicador de telepresencia es evaluar el protocolo de la telepresencia en los servicios de urgencias de los hospitales de Sacyl mediante el establecimiento de la organización en el ámbito operativo en el propio servicio de urgencias, donde se van a instalar los equipos de telepresencia siguiendo unos criterios comunes en toda la Comunidad Autónoma que permitan realizar la implantación posterior efectiva de la telepresencia a nivel asistencial de forma ordenada.

Para ello, cada hospital debe elaborar un protocolo organizativo asistencial de uso de la telepresencia en el servicio de urgencias, siguiendo las pautas marcadas por la Gerencia Regional de Salud, que será recogido por el responsable de telepresencia y evaluado de manera cualitativa. Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando cada protocolo contenga todos los ítems, y se alcanzará el 50%, cuando esté completado el 80% de los ítems.

INDICADOR 7.3	Diseño e implantación del protocolo organizativo asistencial de telepresencia en la consulta ordinaria de la UCA que incluya la asistencia a iniciativa de atención primaria y consultas de seguimiento por parte del hospital.
VALOR	10
CÁLCULO	A. Evaluación cualitativa: Protocolo realizado en el área sanitaria con la estructura establecida según las indicaciones de la GRS. Remisión a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria antes del 1 de noviembre de 2022. B. Evaluación cuantitativa: Consultas realizadas por telepresencia.
FUENTE	A. Responsables funcionales/organizativos del proyecto de telepresencia en cada área (hospital y atención primaria) y médico responsable de la UCA. B. Informes de la Dirección General de Sistemas de información, Calidad y Prestación farmacéutica.
ESTÁNDAR	A. 100% de los ítems del protocolo cumplimentados según indicaciones. (5 puntos). B. Nº consultas por telepresencia en la UCA. (centro de salud-UCA del hospital). Mínimo 20 consultas. (5 puntos)

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

El objetivo de estos indicadores de telepresencia es evaluar la protocolo y la implementación de la telepresencia en los centros sanitarios de la Comunidad de Castilla y León mediante el establecimiento de la organización en el ámbito operativo de los centros (atención primaria u hospitales) donde se van a instalar los equipos de telepresencia siguiendo unos criterios comunes en toda la Comunidad Autónoma que permitan realizar la implantación efectiva de la telepresencia a nivel asistencial de forma ordenada.

- A. El área de salud a través de sus gerencias de atención primaria y del hospital debe elaborar un protocolo organizativo asistencial de uso de la telepresencia, siguiendo las pautas marcadas por la Gerencia Regional de Salud, que será recogido por el responsable de telepresencia y evaluado de manera cualitativa. Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando cada protocolo contenga todos los ítems, y se alcanzará el 50%, cuando esté completado el 80% de los ítems. (5 puntos).
- B. Se considerará implementado el protocolo cuando al menos se realicen 20 consultas por telepresencia en la UCA. (5 puntos). Se obtendrán 3 puntos cuando se realicen al menos 15 consultas por telepresencia en la UCA.

INDICADOR 7.4	Prestaciones específicas y normalizadas de TELEPRESENCIA para la UCA en la agenda del Servicio de Medicina Interna, consensuada entre el hospital y sus ZBS correspondientes, siguiendo las pautas definidas por GRS.
VALOR	5
CÁLCULO	Prestaciones específicas y normalizadas de telepresencia para la UCA, creadas en la agenda del Servicio de Medicina Interna. La agenda debe estar consensuada entre hospital de referencia y sus centros de salud, según las pautas definidas por GRS.
FUENTE	Datos reflejados en HPHIS-HCIS
ESTÁNDAR	Tener creadas prestaciones específicas y normalizadas de telepresencia para la UCA, al menos en una agenda del Servicio de Medicina Interna.

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

El hospital debe tener creadas prestaciones específicas y normalizadas de telepresencia para la UCA en la agenda del Servicio de Medicina Interna, consensuada con los centros de salud que le corresponden, para valoración de los pacientes con pluripatología compleja.

OBJETIVO 8: Mejorar seguridad de práctica clínica

Mejora de la seguridad de la práctica clínica mediante SISNOT

INDICADOR 8.1	Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente: SISNOT		
VALOR	10		
CÁLCULO	Nº servicios hospitalarios y centros de atención primaria que utilizan¹ un sistema de notificación relacionado con la seguridad del paciente. ¹Se considera que un servicio/unidad/gerencia utiliza SISNOT para aprender e introducir mejoras cuando se dan estas tres circunstancias: 1. Recibe ≥ 10 notificaciones/año, 2. Analiza más del 90% de las notificaciones recibidas proponiendo mejoras e 3. Implanta, al menos, el 25% de estas mejoras.		
FUENTE	Informes obtenidos de SISNOT		
ESTÁNDAR	Nivel	Alcance en la utilización de SISNOT	Valor asignado al indicador
	Nivel 1	La gerencia utiliza SISNOT para aprender e introducir mejoras	40%
	Nivel 2	Al menos 2 servicios del hospital o 2 centros de salud utilizan SISNOT	70%
	Nivel 3	En el Área de Salud utilizan SISNOT: • 3 centros de salud • 3-5 servicios del hospital (según tamaño del centro): – HMC, HSA y HSR: 3 servicios. – CAAV, CASE, CASO, CAUPA, CAZA y HBI: 4 servicios. – CAUBU, CAULE, CAUSA, HCUV y HURH: 5 servicios.	100%

Criterios de valoración

Para valorar el cumplimiento del indicador será necesario mantener actualizado SISNOT (cierre de notificaciones y mejoras).

La puntuación del indicador a nivel de área de salud será el promedio de la puntuación obtenida por atención primaria y atención hospitalaria; en el caso de concurrir varios hospitales, se aplicará el siguiente criterio de ponderación:

- Área de Burgos: CAUBU: 74%, HSA: 13%, HSR: 13%
- Área de Valladolid Este: HCUV: 85%, HMC: 15%

Despliegue de las recomendaciones NO HACER consensuadas por las Sociedades Científicas

INDICADOR 8.2	Índice de despliegue de las recomendaciones NO HACER (INOHACER)
VALOR	10
CÁLCULO	INOHACER = (0,20 RES1 + 0,25 RES2 + 0,30 RES3 + 0,25 nBP) x 10 <i>RES1: Proporción de unidades que han obtenido buenos resultados en al menos una de las recomendaciones NO HACER.</i> <i>RES2: Proporción de unidades que han obtenido buenos resultados en al menos dos de las recomendaciones NO HACER.</i> <i>RES3: Proporción de unidades que han obtenido buenos resultados en al menos tres de las recomendaciones NO HACER.</i> <i>nBP: Número de buenas prácticas desarrolladas.</i>
FUENTE	Cuadros de mando del proyecto NO HACER Informes de buenas prácticas desarrolladas
ESTÁNDAR	RES1, RES2 y RES3: Se considerará que una unidad ha obtenido buenos resultados en una recomendación cuando en el último trimestre de 2022 se de alguna de estas 3 situaciones: • El valor del indicador utilizado para monitorizar la recomendación esté por debajo del percentil 25 de Sacyl (en el caso de indicadores monitorizados corporativamente). • Ha experimentado un descenso de un 20% respecto a la situación basal previa a la implantación de la recomendación. • La unidad ha realizado un estudio de adecuación que indica que ésta se encuentra por encima del 80%. BP: Se considerará buena práctica aquella que reúna los criterios establecidos a nivel corporativo.

Explicación del Objetivo:

Se pretende tanto obtener buenos resultados en la implantación de las recomendaciones NO HACER, como estandarizar buenas prácticas.

Para ello, se recomienda revisar el estado del proyecto NO HACER en cada servicio/unidad/centro para valorar si es necesario mantener las recomendaciones priorizadas con anterioridad o, por el contrario, es conveniente incorporar total o parcialmente otras nuevas. Para la incorporación de nuevas recomendaciones:

- A nivel de **atención primaria**, cada centro priorizará aquellas recomendaciones NO HACER en las que tenga capacidad de mejora relevante.
- A nivel **hospitalario**, cada servicio/unidad priorizará:
 - Las recomendaciones NO HACER incluidas en los paquetes que pueden trabajarse de manera transversal en varios servicios o unidades del hospital (hospitalización, laboratorio...); estas recomendaciones requieren de un abordaje multidisciplinar (*ver propuesta de paquetes hospitalarios de recomendaciones NO HACER en el Portal de calidad y Seguridad del Paciente*).
 - Para los servicios/unidades fuera del ámbito de aplicación de los paquetes de recomendaciones anteriormente mencionados, se seleccionarán aquellas recomendaciones NO HACER que correspondan a su ámbito de aplicación y en las que exista capacidad de mejora relevante.

Criterios de valoración

El cálculo del índice se realizará sustituyendo las puntuaciones parciales obtenidas, como se refleja en la fórmula.

Para valorar el cumplimiento del indicador se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es, **antes del 15 de febrero de 2023**, el cuadro de mando de seguimiento del proyecto no hacer y los informes (formulario corporativo) de buenas prácticas desarrolladas.

La puntuación del indicador a nivel de área de salud será el promedio de la puntuación obtenida por atención primaria y atención hospitalaria; en el caso de concurrir varios hospitales, se aplicará el siguiente criterio de ponderación:

- Área de Burgos: CAUBU: 74%, HSA: 13%, HSR: 13%
- Área de Valladolid Este: HCUV: 85%, HMC: 15%

Prevención de las IRAS y la transmisión de microorganismos multirresistentes mediante la higiene de manos

INDICADOR 8.3	Compromiso con la higiene de manos (HM) en la asistencia sanitaria			
VALOR	10			
CÁLCULO	El hospital o el área de atención primaria realizan el seguimiento de la adherencia a la HM de acuerdo a los requisitos establecidos en la estrategia multimodal de la OMS y recogidos en los compromisos con la HM e indicadores del SNS.			
FUENTE	Cuadro de mando del plan de HM Documentos de compromiso con la HM			
ESTÁNDAR	HM	Nivel	Valor asignado al indicador	
	Nivel 1	Compromiso con la HM	Máximo 40 %	
		El equipo directivo del hospital o del área de atención primaria obtiene/mantiene el compromiso inicial con la HM	20%	
		El equipo directivo del hospital o del área de atención primaria obtiene el compromiso avanzado con la HM	30%	
		Al menos el 20% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene/ mantiene el compromiso inicial con la HM	10%	
		Al menos el 40% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene/ mantiene el compromiso inicial con la HM	20%	
		Al menos el 60% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene el compromiso inicial con la HM	30%	
		Al menos el 10% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene el compromiso avanzado/excelente con la HM	30%	
	Nivel 2	Resultados en HM	Máximo 40 %	
			Hospital	AP
		Incremento $\geq 20\%$ en el consumo de productos de base alcohólica (PBA) con respecto al año 2021	15%	20%
		El consumo de PBA es $\geq$ a los estándares ¹	25%	30%
		El consumo de PBA de los últimos 2 años es $\geq$ a los estándares ¹	30%	40%
		Se realiza observación ² en $\geq 50\%$ de las unidades de hospitalización	10%	-
		Se realiza observación ² en $\geq 50\%$ de las unidades de hospitalización con adherencia global $\geq 50\%$	20%	-
	Nivel 3	Se alcanzan las máximas puntuaciones en los niveles 1 y 2	100%	
	¹ Los estándares de consumo de PBA se actualizan periódicamente; como referencia se ofrecen los de 2019: Hospitalización en servicios médicos o quirúrgicos ≥ 30 litros PBA/1.000 estancias. - Hospitalización en unidades de críticos ≥ 80 litros PBA/1.000 estancias. - Atención primaria ≥ 3 litros PBA/10.000 consultas. ² Observación: mínimo de 30 oportunidades por periodo y servicio/unidad evaluado, utilizando la metodología de la OMS, monitorizando al menos los momentos 1 y 2, calculando el indicador de adherencia global (Nº de oportunidades en las que se ha realizado la HM con PBA o con agua y jabón utilizando la técnica adecuada/Nº de oportunidades de HM observadas) y difundiendo los resultados obtenidos a cada servicio/unidad.			

Criterios de valoración

Para valorar el cumplimiento del indicador se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es, antes del **15 de febrero de 2023**, el cuadro de mando de seguimiento del plan de HM.

La puntuación del indicador a nivel de área de salud será el promedio de la puntuación obtenida por atención primaria y atención hospitalaria; en el caso de concurrir varios hospitales, se aplicará el siguiente criterio de ponderación:

- Área de Burgos: CAUBU: 74%, HSA: 13%, HSR: 13%
- Área de Valladolid Este: HCUV: 85%, HMC: 15%

Realización de actividades de intervenciones educativas e intervenciones asesoras por los equipos PROA

INDICADOR 8.4	Realización de actividades de intervenciones educativas e intervenciones asesoras por los equipos PROA
VALOR	10
CÁLCULO	Actuaciones desarrolladas en los ámbitos de primaria y hospitalaria de los equipos PROA. • Certificación PROA nivel básico del PRAN: cumplir los criterios mínimos y óptimos para alcanzar la certificación PROA nivel básico del PRAN • Intervenciones educativas: identificar las áreas terapéuticas en las que existe más desconocimiento y requieren formación con mayor urgencia. Establecer e impulsar una estrategia de formación a profesionales sanitarios (plan de trabajo y tareas a desarrollar). • Intervenciones asesoras concretas: intervenciones concretas en el abordaje de una enfermedad infecciosa o en el uso de un/os antimicrobiano/s de alto impacto ecológico o en el uso adecuado de los Test de Diagnóstico Rápido.
FUENTE	Cuatrimestralmente los coordinadores de los PROA de cada área monitorizarán la evolución de las actuaciones a desarrollar con la coordinadora de PROA para el cumplimiento del objetivo 15 de diciembre de 2022: Memoria de actividades realizadas adaptada a los criterios recogidos en el apartado estándar
ESTÁNDAR	Tres criterios de cumplimiento (acumulables entre sí): • Criterio 1: alcanzar los estándares de certificación PROA nivel básico (5 puntos) • Criterio 2: realizar intervenciones educativas o cumplir dos estándares del nivel avanzado o excelente de acreditación (3 puntos) • Criterio 3: realizar intervenciones asesoras (2 puntos)

Explicación sobre el indicador:

1. Certificación PROA nivel básico del PRAN

Para alcanzar el nivel básico es necesario cumplir los indicadores correspondientes a ese nivel recogidos en la Norma para la Certificación de los PROA, de hospital o de Atención Primaria según corresponda. El Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos (PRAN) está concluyendo esta normativa de certificación y será difundida a las gerencias en cuanto esté disponible.

2. Intervenciones educativas o cumplir dos estándares del nivel avanzado o excelente de acreditación

Cada equipo PROA deberá elegir en que aspecto o área terapéutica es más urgente formar a los profesionales y realizar actividades formativas en consecuencia. Señalar, la importancia de realizar formación específica dirigida a los residentes.

A la hora de plantear el enfoque de las actividades formativas, hay que tener en cuenta el escaso beneficio de los seminarios didácticos. Por el contrario, las actividades formativas que involucran activamente al clínico en la toma de decisiones en escenarios clínicos concretos son mucho más eficaces.

3. Intervenciones asesoras concretas

Una vez que el equipo PROA haya identificado las áreas potenciales de mejora, diseñará una estrategia de intervención para optimizar el uso de antimicrobianos. Dicha estrategia se podrá centrar en una enfermedad infecciosa en concreto, en un grupo de antimicrobianos, en un servicio o centro de salud concreto, en tratamientos empíricos, tratamientos dirigidos o profilaxis etc.

Cada equipo PROA primaria/hospital designará al menos un médico asesor entrenado y experto en tratamiento antimicrobiano que se encargará de asesorar de forma pedagógica al médico prescriptor de un tratamiento antibiótico concreto considerando las características clínicas específicas del paciente. El médico asesor y el prescriptor evaluarán conjuntamente si la prescripción es o no adecuada, y qué aspectos pueden ser mejorados.

El objetivo principal de la asesoría no es cambiar el antimicrobiano prescrito, sino mejorar la formación del médico prescriptor y el conocimiento sobre las guías o protocolos del área/hospital. El asesor experto evaluará conjuntamente con el médico prescriptor los aspectos fundamentales recogidos en las fichas de asesoría.

Además de las asesorías concretas se podrá considerar como intervención asesora la elaboración, difusión e implantación de protocolos clínicos.

Se recomienda que las intervenciones educativas y las intervenciones asesoras estén en la misma línea.

OBJETIVO 9: Indicador de mejora de la calidad de la Contabilidad Analítica (ICA)

INDICADOR	Indicador de mejora de la calidad de la Contabilidad Analítica
VALOR	10
CÁLCULO	Para las gerencias de asistencia sanitaria (GAS) y la gerencia “integrada” Valladolid Oeste: $ICA = (0,25xA + 0,25xB + 0,25xC + 0,25xD) \times 10$ Para las gerencias de atención hospitalaria (GAE): $ICA = (0,25xA + 0,25xB + 0,25xC + 0,25xD) \times 10$ Para las gerencias de atención primaria (GAP): $ICA = (0,33xB + 0,33xC + 0,34xD) \times 10$ <i>A= Registrar de forma informatizada la actividad a paciente de atención hospitalaria</i> <i>B= Alcanzar un adecuado porcentaje de coste imputado a paciente</i> <i>C= Obtener una correcta distribución de los costes de enfermería</i> <i>D= Celebrar una reunión informativa</i>
FUENTE	Las indicadas para cada uno de los componentes del indicador
ESTÁNDAR	Las indicadas para cada uno de los componentes del indicador

Explicación de los términos del indicador y criterios de valoración del resultado obtenido:

Indicador A: Registrar de forma informatizada la actividad a paciente de atención hospitalaria

La actividad realizada o en su defecto citada debe quedar registrada correctamente, en un sistema informático de gestión de pacientes de manera que pueda ser gestionada por el aplicativo de contabilidad analítica, como “actividad a paciente”. Se analizará, en particular, la actividad realizada en las siguientes áreas:

1. Hospital de día
2. Oncología Radioterápica Radioterapia
3. Medicina Nuclear
4. Hemodinámica
5. Paritorio

Cálculo: La puntuación máxima que se puede obtener en este apartado es 1 punto. La puntuación en cada área se obtendrá de acuerdo con lo siguiente:

Actividad referenciada a paciente en el sistema gestor $\geq 90\%$ **1 punto**
Total actividad realizada según SIAE

Actividad referenciada a paciente en el sistema gestor $< 90\%$ **0 puntos**
Total actividad realizada según SIAE

Indicador B: Alcanzar un adecuado porcentaje de coste imputado a paciente

Se analizará la desviación del porcentaje de coste imputado a paciente del ejercicio 2022 de la gerencia con respecto al promedio de dicho porcentaje obtenido para las gerencias del mismo tipo que la que es objeto de evaluación (GAP, GAE o GAS/Gerencia “integrada” Valladolid Oeste).

Cálculo: La puntuación máxima que se puede obtener en este apartado es 1 punto. La puntuación se obtendrá de acuerdo con lo siguiente:

- Para la gerencia a evaluar se calculará el porcentaje de coste imputado a paciente respecto del coste total imputable a paciente del ejercicio: Pg.
- Para las gerencias del tipo que corresponda a la gerencia objeto de evaluación se calculará el promedio del porcentaje de coste imputado a paciente respecto del coste total imputable a paciente del ejercicio: Pp.

Con los porcentajes anteriores se asignará la siguiente puntuación:

$Pg \geq Pp$	1 punto
$0,90 Pp \leq Pg < Pp$	0,5 puntos
$Pg < 0,90 Pp$	0 puntos

Fuente: Informes generados por el aplicativo de contabilidad analítica Gescot Web-OBIEE.

Estándar: La gerencia cumplirá el estándar si el porcentaje de coste imputado a paciente respecto al coste total del ejercicio es igual o superior a la media de dicho porcentaje calculado para todas las gerencias del tipo correspondiente a la gerencia a evaluar.

Indicador C: Obtener una correcta distribución de los costes de enfermería.

La Dirección de Enfermería debe colaborar en la obtención de una distribución de los costes de enfermería utilizando, según corresponda al centro, el aplicativo AIDA o el CRONO. Estas herramientas deberán informar adecuadamente de la distribución de las cargas de trabajo del personal de enfermería en los distintos GFH (centros de coste) del Centro.

Cálculo: La puntuación del centro se determinará en función de la utilización o no utilización de un criterio automático de imputación de costes de enfermería mediante la asignación de colectivos y/o localizaciones:

- Para las gerencias de atención primaria y gerencias de atención hospitalaria:

Si utiliza criterio automático	1 punto
Si no utiliza criterio automático	0 puntos

- Para las gerencias de asistencia sanitaria y gerencia “integrada” Valladolid Oeste:

Si utiliza criterio automático para los datos de atención primaria	0,5 puntos
Si utiliza criterio automático para los datos de atención hospitalaria	0,5 puntos
Si no utiliza criterio automático para los datos de atención primaria ni de atención hospitalaria:	0 puntos

Fuente: Ficheros de distribución de costes de personal y cualesquiera otros ficheros e informes correspondientes al aplicativo de contabilidad analítica Gescot Web-OBIEE que resulten precisos para la evaluación

Estándar: El centro cumplirá el estándar si utiliza un criterio automático de imputación de costes del personal de enfermería mediante la asignación de colectivos y/o localizaciones.

Indicador D: Celebrar una reunión informativa en el primer semestre del año 2022

Celebrar, como mínimo, una reunión anual entre los responsables del equipo directivo y el responsable de la contabilidad analítica del centro. En la misma se presentarán y analizarán los resultados que se deriven de la contabilidad analítica, a efectos de conocer las posibilidades y el manejo de las herramientas (Gescot Web y OBIEE) y plantear posibles mejoras. El objetivo es dar a conocer las posibilidades del empleo de la contabilidad analítica en la toma de decisiones en todos los niveles de gestión del centro.

Cálculo: El centro podrá obtener dos posibles puntuaciones en función de que se celebre o no la reunión, siendo necesario, en caso de su celebración, la redacción del acta comprensiva de los asuntos tratados en la misma que deberá ser remitida por la Dirección de Gestión del centro a la Oficina de Gestión Económica y Control Presupuestario.

- | | |
|--|-----------------|
| Si se celebra la reunión y se remite el acta | 1 punto |
| Si no se celebra la reunión, o habiéndose celebrado, no se remite acta | 0 puntos |

Fuente: Acta de la reunión remitida por la Dirección de Gestión del centro a la Oficina de Gestión Económica y Control Presupuestario.

Estándar: El centro cumplirá el estándar si se celebra la reunión y la Dirección de Gestión del centro deja constancia de la misma en acta comprensiva de los asuntos tratados en la misma que deberá ser remitida a la Oficina de Gestión Económica y Control Presupuestario.

OBJETIVO 10: Conseguir que las instituciones sanitarias realicen una previsión ajustada del gasto sanitario en sus capítulos I y II durante todo el ejercicio.

INDICADOR 10.1	Capítulo I
VALOR	5
CÁLCULO	Para el total del año: Suma del valor absoluto de las desviaciones mensuales. Desviaciones mensuales: $\frac{ \text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes } n - \text{Gasto Real a 31 de diciembre} \times 100}{\text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes } n}$ Para la previsión de la desviación a 31 de octubre: $\frac{ \text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes 10} - \text{Gasto Real a 31 de diciembre} \times 100}{\text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes 10}}$
FUENTE	Sistemas de información económica.
ESTÁNDAR	Para el total del año $\leq 9,00$ % para capítulo I Para la estimación a 31 de octubre $\leq 0,4$ % para capítulo I

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Para el total del año: en el estándar establecido para este indicador el nivel debe ser $\leq 9\%$ (suma de los valores absolutos de las desviaciones mensuales).

Si el centro cumple el estándar la puntuación obtenida será de 2,5 puntos.

Para la previsión de desviación a 31 de octubre en el estándar establecido para este indicador el nivel debe ser $\leq 0,4\%$.

Si el centro cumple el estándar, la puntuación obtenida será de 2,5 puntos.

INDICADOR 10.2	Capítulo II
VALOR	5
CÁLCULO	Para el total del año: Suma del valor absoluto de las desviaciones mensuales. Desviaciones mensuales: $\frac{ \text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes } n - \text{Gasto Real a 31 de diciembre} \times 100}{\text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes } n}$ Para la previsión de la desviación a 31 de octubre: $\frac{ \text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes } 10 - \text{Gasto Real a 31 de diciembre} \times 100}{\text{Gasto a 31 de diciembre previsto a cierre del mes } 10}$
FUENTE	Sistemas de información económica.
ESTÁNDAR	Para el total del año $\leq 10,00$ % para capítulo II Para la estimación a 31 de octubre $\leq 0,5\%$ para capítulo II

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Para el total del año: en el estándar establecido para este indicador el nivel debe ser $\leq 10\%$ (suma de los valores absolutos de las desviaciones mensuales).

Si el centro cumple el estándar la puntuación obtenida será de 2,5 puntos.

Para la previsión de desviación a 31 de octubre en el estándar establecido para este indicador el nivel debe ser $\leq 0,5\%$.

Si el centro cumple el estándar, la puntuación obtenida será de 2,5 puntos.

OBJETIVO 11: Mejorar la calidad de la formación de especialistas en Ciencias de la Salud en los centros sanitarios de la Gerencia Regional de Salud.

INDICADOR 11.1	Mejora de la gestión de la FSE.
VALOR	70
CÁLCULO	Índice de mejora (IC) = $\sum$ de los indicadores ponderados: $IC=IC1+IC2+IC3+IC4+IC5+ IC6$ Indicador I₁: Encuesta del residente. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas. Indicador I₂: Fomento de la investigación de los residentes. Indicador I₃: Participación de los tutores en actividades de formación. Indicador I₄: Seguimiento de objetivos y acciones correctivas y/o preventivas. Indicador I₅: Realización del 100% del PTC. Indicador I₆: Gestión de la comunicación.
FUENTE	Memoria de formación especializada aprobada en Comisión de Docencia y ratificada por Gerente. Actas de Comisión de Docencia. Plan de gestión de calidad docente. Encuesta de satisfacción de residentes. Datos procedentes de Gestion@FC. Portal de Salud / Intranet.
ESTÁNDAR	Los de cada indicador para obtener las puntuaciones parciales.

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Se evaluará cada uno de los índices de forma independiente para obtener los resultados de los indicadores y se sumarán los puntos obtenidos.

Las Gerencias Integradas deberán enviar los planes de gestión individualmente distinguiendo Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Indicador I₁: Encuesta del residente. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas.

Cálculo: Grado de participación en las encuestas de satisfacción de los residentes y medidas correctivas y/o preventivas diseñadas tras un análisis DAFO de los resultados.

Fuente: Encuesta de satisfacción de los residentes.

Estándar: Superior a 5/10.

Valoración:

- Porcentaje de participación entre 50% y 70%: **10 puntos.**
- Porcentaje de participación superior al 70%: **14 puntos.**

La valoración de este indicador está supeditada a la aportación de un informe de medidas correctivas y/o preventivas diseñadas tras un análisis DAFO de los resultados de la encuesta.

Indicador I₂: Fomento de la investigación de los residentes.

Cálculo: Número de residentes que participan en proyectos de investigación o que han iniciado el programa de doctorado.

Los proyectos de investigación han de estar directamente relacionados con la especialidad convocada, con financiación competitiva, patrocinada y coordinada por organismos oficiales o sociedades científicas nacionales o internacionales.

Fuente: Informe del Jefe de Estudios, ratificado por el Gerente.

Estándar: Haber realizado un mínimo de 20% de los residentes alguna de las actividades investigadoras arriba indicadas.

Valoración: 20%-30% residentes: **10 puntos.**

Más de 30% de residentes: **14 puntos.**

Indicador I₃: Participación de los tutores en actividades de formación.

Cálculo: Número de tutores de la unidad docente que han realizado actividades del plan de formación continuada de metodología docente o calidad.

Fuente: Datos obrantes en Gestion@FC.

Estándar: Tutores que han realizado tres actividades.

Valoración: 50%- 60% de tutores han realizado tres actividades: **10 puntos.**

Más de 60% de tutores han realizado tres actividades: **14 puntos.**

Indicador I₄: Seguimiento de objetivos y acciones correctivas y/o preventivas.

Cálculo: Análisis del grado de cumplimiento de los objetivos en FSE en julio y grado de implantación de acciones correctivas y/o preventivas en diciembre.

Fuente: Memoria de formación sanitaria especializada ratificada por el gerente.

Estándar: La existencia de un informe de seguimiento de objetivos, con análisis de su cumplimiento e implantación de medidas correctivas y/o preventivas.

Valoración: en caso de haber realizado el análisis de cumplimiento de todos los objetivos y la implantación, en su caso, de medidas correctivas y/o preventivas respecto del 50% o más de los objetivos fijados: **14 puntos.**

Indicador I₅: Realización del 100% del PTC.

Cálculo: Desarrollo y planificación del 100% del Plan Transversal Común.

Fuente: Memoria de formación sanitaria especializada ratificada por el gerente.

Plan de gestión de calidad docente y documentos relacionados e informes de coordinación y difusión con evidencias de realización.

Actas de la comisión de docencia.

Portal de Salud / Intranet.

Estándar: Ejecución de todas la actividades del Plan Transversal Común planificadas.

Valoración: realización del 100% del PTC: **7 puntos.**

Indicador I₆: Gestión de la comunicación.

Cálculo: Establecer un plan de canales de intercomunicación en Formación Sanitaria Especializada entre todos sus actores.

Fuente:

Plan de gestión de calidad docente y documentos relacionados e informes de coordinación y difusión con evidencias de realización.

Estándar: La existencia de un plan de canales de intercomunicación, análisis de su efectividad y detección, en su caso, de disfunciones en su aplicación.

Valoración: la existencia de un plan de canales de intercomunicaciones y análisis y detección: **7 puntos.**

OBJETIVO 12: Promover la difusión de los resultados obtenidos en materia de investigación e innovación.

INDICADOR 12.1	Difusión de resultados de investigación e innovación
VALOR	10
CÁLCULO	
FUENTE	Memoria remitida desde los Centros
ESTÁNDAR	Atención primaria /Hospitales: memoria recibida antes del 31 de enero de 2023

Explicación de los términos del indicador y de la fuente:

Se enviará la memoria de actividad en investigación e innovación, según el formato normalizado definido por la Gerencia Regional de Salud, a la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica antes del 31 de enero de 2023, con el fin de poder evaluar el liderazgo y la participación de los profesionales en proyectos de investigación e innovación, así como el enfoque colaborativo de los grupos.

Criterios de valoración del resultado obtenido:

Para conseguir la puntuación asignada a este indicador, se tendrá en cuenta el cumplimiento del estándar marcado. Si cumple el estándar se asigna el 100% de la puntuación asignada al indicador.

OBJETIVO 13: Humanización en la asistencia sanitaria: Implementación plan persona

Para valorar el despliegue y puesta en marcha de los proyectos relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria, cada Comisión de Humanización remitirá a sda.grs@saludcastillayleon.es antes del 15 de enero de 2023, una memoria que incluirá los resultados de los siguientes indicadores para el seguimiento del **“Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en ti”**:

13.1: Humanización en la asistencia sanitaria

INDICE DE HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA (IHumAS)	
VALOR	12
CÁLCULO	$\text{IHumAS} = 1(\text{Ind.1}) + 1(\text{Ind.2})$ Proyecto 21: Potenciar las comisiones de humanización en Sacyl - Indicador 1: Reuniones de la comisión de Humanización - Indicador 2: Memoria anual de actividad
FUENTE	Memoria de actividad de las Comisiones de Humanización
ESTÁNDAR	Nivel 1: 0 puntos Nivel 2: 6 puntos Nivel 3: 12 puntos

Reuniones de la Comisión de Humanización

INDICADOR 13.1.1	Reuniones de la Comisión de Humanización
VALOR	6 puntos
CÁLCULO	Número de Reuniones de las Comisiones de Humanización constituidas según estatutos
FUENTE	Actas de las reuniones
ESTÁNDAR	≥5 reuniones en 2022 =6 < 5 reuniones en 2022 = 0

Memoria anual de actividad de la Comisión de Humanización

INDICADOR 13.1.2	Memoria anual de actividad de la Comisión de Humanización
VALOR	6 puntos
CÁLCULO	La comisión de humanización envía la memoria anual de actividad según estatutos y con los resultados de los indicadores antes del 31 de enero de 2023
FUENTE	Memoria anual de actividad de la Comisión de Humanización
ESTÁNDAR	Envía Memoria = 6 No envía Memoria = 0

13.2 Plan Persona, implementación y consolidación

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN PERSONA (IPPic)	
VALOR	Puntos 68
CÁLCULO	IPPic = IPP + CIPP IPP = 40 (5 puntos por cada proyecto implantado en 2022) Proyecto 2: Unidad de Gestión rápida Proyecto 6: SAU Sacyl Proyecto 10: Te estimo Proyecto 14: Mami-Tour Proyecto 15: Cole-Tour Proyecto 16: Planificación anticipada de decisiones e instrucciones previas Proyecto 25: Asociando valor Proyecto 27: Plan Acompañame CIPP = 28 (4 puntos por proyecto implantado en 2021 en seguimiento) Proyecto 1: Protocolo de acogida y de alta de enfermería Proyecto 3: Díselo Mejor Proyecto 12: SueñOn Proyecto 18: Atención a la diversidad Proyecto 19: Plan de desarrollo de competencias en humanización Proyecto 20: Plan de acogida al nuevo trabajador Proyecto 23: Cuidando a quien cuida
FUENTE	Memoria de actividad de las Comisiones de Humanización

ESTÁNDAR	Nivel 1: 3 proyectos implantados en 2022 y 3 en seguimiento de 2021 Nivel 2: 4 Proyectos implantados en 2022 y 5 en seguimiento de 2021 Nivel 3: 8 Proyectos implantados en 2022 y 7 en seguimiento de 2021
-----------------	--

Explicación sobre el indicador:

El Plan Persona está diseñado para un despliegue a 4 años comenzando en 2021 con la implantación de 10 proyectos, en 2022 y 2023 se iniciarán 8 proyectos y por último en 2024 se iniciará la implementación de los últimos 4 proyectos, hasta completar los 30 proyectos de los que consta el Plan Persona. Cada proyecto se evalúa mediante sus propios indicadores a través de las memorias de las comisiones de humanización para valorar la implementación y el seguimiento continuo.

De los 8 proyectos previstos para implementar en 2022 en las Gerencias, al menos 4 deben estar iniciados según criterios del Plan Persona a 31 de diciembre de 2022. Se valorará la implantación según los indicadores que constan en el plan persona consensuados con las comisiones de humanización.

Cálculo:

Se considera cumplido el indicador cuando se alcance el nivel 2 de cumplimiento, es decir, cuando estén implantados al menos 4 de los 8 proyectos previstos en 2022 y 5 proyectos implantados y en seguimiento de 2021.

OBJETIVO 14: Desarrollo de actuaciones de mejora dirigidas a los profesionales.

Detectar las necesidades formativas de los profesionales

INDICADOR 14.1	Detección de necesidades formativas y Acceso a la formación continuada de los profesionales
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	$I = \sum (\text{de los indicadores ponderados}) I = I1 + I2 + I3 + I4$ (I1, I2) Detección de necesidades formativas (I3, I4) Acceso y formación recibida
FUENTE	Aplicación informática Gestión@FC Informe de la unidad de Formación Continuada
ESTÁNDAR	Los de cada indicador para obtener las puntuaciones parciales

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Se evaluarán cada uno de los índices independientemente para obtener los resultados de los indicadores y se sumarán los puntos obtenidos.

Indicador I₁: Porcentaje de cuestionarios de detección de necesidades individuales tramitados

Cálculo: Nº de cuestionarios individuales tramitados en año a evaluar / total profesionales área * 100

Fuente: Aplicación informática Gestión@FC

Estándar: Incremento respecto del año anterior

Evaluación: si el porcentaje es superior: 2,5 puntos

Indicador I₂: Porcentaje de cuestionarios de detección de necesidades por colectivos tramitados

Cálculo: Nº de cuestionarios colectivos tramitados por área en año a evaluar / número de cuestionarios colectivos por área del año anterior a evaluar * 100

Fuente: Aplicación informática Gestión@FC

Estándar: Incremento del porcentaje valor año anterior.

Evaluación: si existe incremento de porcentaje: 2.5 puntos

Indicador I₃: Número de horas de formación recibidas por profesional en cada Gerencia

Cálculo: (Nº de horas totales recibidas por gerencia/ total profesionales por gerencia)

Fuente: Aplicación informática Gestión@FC

Estándar: igual al percentil 50 de todas las Áreas del año evaluado

Evaluación: Se hará un cálculo de percentiles de este indicador en todas las Áreas:

Entre el percentil 40 y percentil 60 se obtendrá 1.25 puntos

Por encima del percentil 60 se obtendrán 2.5 puntos

Indicador I4: Porcentaje de profesionales que participan en actividades formativas

Cálculo: (Número de profesionales que, al menos, han participado en una actividad formativa/total profesionales área)*100

Fuente: Aplicación informática Gestión@FC

Estándar: 90%

Evaluación: 1.25 puntos (80%-90%); 2.5 puntos (>90%)

Seguimiento y Evaluación del plan formativo

INDICADOR 14.2	Seguimiento plan formativo anual y evaluación de resultados de la formación
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	$I = \sum (\text{de los indicadores ponderados}) I = I_1 + I_2 + I_3 + I_4$ (I_1, I_2) Seguimiento del Plan formativo Anual (I_3, I_4) Resultados de la formación
FUENTE	Aplicación informática Gestión@FC Informes de Evaluación Informe de la Unidad de Formación Continuada Informe de la Auditoría Encuesta de satisfacción / transferencia / impacto Plan de Formación Continuada
ESTÁNDAR	Los de cada indicador para obtener las puntuaciones parciales

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Se evaluarán cada uno de los índices independientemente para obtener los resultados de los indicadores y se sumarán los puntos obtenidos.

Indicador I₁: Ejecución de actividades formativas programadas

Cálculo: (actividades programadas ejecutadas /total actividades aprobadas por gerencia)*100

Fuente: Plan de Formación continuada

Estándar: Corte semestral (70%); Corte anual (90%)

Evaluación:

Ejecución del 70% del corte semestral: 1.25puntos

Ejecución del 90% del corte anual: 2.5 puntos

Indicador I₂: Auditoría de las actividades formativas realizadas

Cálculo: Valoración de cuatro ediciones ejecutadas en el ejercicio anterior. Cumplimiento de apartados que figuran en las instrucciones vigentes.

Fuente: Gestión@FC e informes de auditorías.

Estándar: Superación del 90% en las cuatro ediciones.

Evaluación: Entre 70 % y el 90 % en las cuatro ediciones, se obtendrán 1.25 puntos. Si se alcanzan más del 90 % en las cuatro ediciones, se obtendrán 2.5 puntos

Indicador I₃: Satisfacción de las actividades formativas

Cálculo: Media de satisfacción global de las acciones formativas por gerencia

Fuente: Encuesta de satisfacción

Estándar: ≥ 8 (sobre 10)

Evaluación:

Si el resultado está entre 7 y 8 se obtendrán 1,25 puntos

Si el resultado es mayor de 8 se obtendrán 2.5 puntos

Indicador I₄: Grado de evaluación de la transferencia específica y/o impacto de la formación en el desempeño del trabajo

Cálculo: (número de acciones formativas con evaluación de transferencia específica y/o impacto /total acciones formativas) *100

Fuente: Encuesta de transferencia específica y/o impacto junto con el Informe de evaluación.

Estándar: 20%

Evaluación:

Si se ha realizado evaluación de transferencia específica y/o impacto entre un 10%-20% de acciones formativas: 1.25 puntos

Si se ha realizado evaluación de transferencia específica y/o impacto en más del 20% de acciones formativas: 2.5 puntos

OBJETIVO 15: Potenciar las medidas en la Salud Laboral

Disminuir la siniestralidad laboral por accidentes de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo (excluidos los accidentes biológicos)

INDICADOR 15.1	Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja laboral (excluidos los biológicos)
VALOR	15
CÁLCULO	Nº accidentes en jornada de trabajo con baja laboral (excluidos los in itinere y los biológicos) ocurridos en el año * 100.000 / Nº trabajadores activos en el año
FUENTE	Cuadro de mando de siniestralidad de Pérsigo PRL
ESTÁNDAR	Estándares específicos por Áreas de Salud y Gerencia Emergencias Sanitarias

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

Para la determinación del objetivo anual se tomará como referencia el índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja laboral (excluidos los biológicos) de cada Gerencia obtenido en los tres años naturales inmediatamente anteriores (para 2022 los resultados de 2019, 2020 y 2021). El mejor resultado se comparará con el mejor resultado obtenido por el conjunto de Sacyl en dicho periodo.

Esta comparación podrá dar lugar a tres tipos de **objetivos para las Áreas de Salud**:

- **Reducción del 5%** para las Gerencias en las que su Índice de Incidencia de referencia se encuentre por encima del Índice de Incidencia del conjunto de Sacyl.
- **Reducción del 3%** para las Gerencias que en las que su Índice de Incidencia de referencia sea inferior al del conjunto de Sacyl en hasta en un 5%.
- **Cualquier reducción** para las Gerencias en las que su Índice de Incidencia de referencia sea inferior al del conjunto de Sacyl en más de un 5%.

Los objetivos individualizados por Gerencias se fijarán una vez que se conozcan los datos definitivos de siniestralidad de 2021.

Aumentar la cobertura de vacunación del personal de los centros sanitarios frente a la gripe estacional

INDICADOR 15.2	Porcentaje de personal vacunado frente a la gripe estacional
VALOR	5
CÁLCULO	Nº de trabajadores vacunados * 100 / Nº de trabajadores activos en el año
FUENTE	Sistema Información Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General de Profesionales
ESTÁNDAR	75% de la plantilla de cada Gerencia

Explicación de los términos del indicador y su valoración:

El objetivo para todas las Gerencias será obtener una cobertura de vacunación entre los profesionales del 75% de su plantilla de efectivos.