

# PAC

GERENCIA  
REGIONAL  
DE SALUD

2023







<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>II. PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2023</b> .....	5
<b>III. CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO</b> .....	6
<b>IV. OBJETIVOS E INDICADORES</b>	
OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	7
OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	30
OBJETIVOS DE ÁREA DE SALUD.....	57
<b>V. ANEXOS</b> .....	71
SALUD DIGITAL .....	72
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN .....	77

## 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.

La Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León contempla la Gerencia Regional de Salud como administradora y gestora de los centros, servicios, prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y atención a la salud. Entre sus funciones se encuentra la elaboración, desarrollo y evaluación de los planes y programas sanitarios, que se constituirán como instrumento de trabajo por el cual se vinculan de forma directa las relaciones de la Gerencia Regional de Salud y sus centros, y permitirán mejorar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de sus funciones.

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 a lo largo de los años ha desarrollado distintos planes de gestión que han ido evolucionando a un sistema sanitario que garantice la continuidad asistencial y asegure los principios de universalidad, equidad e igualdad en el acceso y equilibrio territorial.

El objetivo fundamental de este documento es constituirse como una herramienta sencilla que ayude a evaluar el alcance de las metas y objetivos propuestos con una metodología ágil, orientada fundamentalmente a indicadores de resultados, de procesos y de actividades para mejorar la calidad asistencial prestada a los ciudadanos de Castilla y León, con atención a la eficiencia en el uso de los recursos

Todo ello, para conseguir mejorar 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 la humanización del servicio y la seguridad del paciente como pilares del proceso de atención de éstos.

Además, nuestros centros deben continuar siendo referentes de 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.

**PLAN ANUAL  
DE GESTIÓN**

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.

El desarrollo anual del Plan de Gestión supone una progresión de objetivos factibles en el tiempo, e indicadores, que sirvan de guía y posibiliten el seguimiento del grado de realización de éstos. Los centros, a su vez, han de establecer acuerdos de Gestión con las diferentes unidades asistenciales, de acuerdo con su organización particular.

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.

**CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO**

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

<b>INDICADOR CLAVE</b>	<b>BALANCE ASIGNACIÓN CRÉDITO/GASTO</b>
<b>VALOR</b>	Coficiente
<b>CÁLCULO</b>	$\frac{\text{Gasto Real (Capítulo I y II y subconcepto 4800Z)} \times 100}{\text{Límite de gasto fijado en el P. A. G. (Capítulos I y II y subconcepto 4800Z)}}$
<b>FUENTE</b>	Fichas FGE y SICCAL
<b>ESTÁNDAR</b>	Cumplimiento del objetivo. Si no cumple se disminuirá un 10% el total de la puntuación del PAG 2023

**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 Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

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 Asistencia Sanitaria y Humanización.

**Estándar:** Si no cumple el objetivo, se disminuirá un 10% el total de la puntuación del PAG 2023

# OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

## OBJETIVO 1 Seguridad de la prestación farmacéutica en centros residenciales

<b>INDICADOR 1</b>	<b>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</b>
<b>VALOR</b>	50
<b>CÁLCULO</b>	% de pacientes institucionalizados en centros residenciales en los que se ha implantado el procedimiento de optimización de la farmacoterapia.
<b>FUENTE</b>	Memoria de actividad con la relación de centros residenciales en los que se ha implantado el procedimiento establecido. Remisión a 15 de diciembre de 2023
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>Dos niveles:</b> Nivel 1 ≥ 42%: 50 puntos Nivel 2 ≥ 35%: 40 puntos

### 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 Concyliya establecido a tal efecto.

**Numerador:** N° pacientes institucionalizados en residencias con suministro de medicación a través de OF en las que se ha implantado el procedimiento de optimización.

**Denominador:** N° 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”

**OBJETIVO 2**

**Alcanzar los estándares de cobertura mínima exigidos para cada uno de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios**

<b>INDICADOR 2</b>	<b>COBERTURA CARTERA DE SERVICIOS</b>
<b>VALOR</b>	150
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de Servicios de Cartera que cumplen el estándar de cobertura propuesto para cada uno de ellos/Total de Servicios de Cartera
<b>FUENTE</b>	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.
<b>ESTÁNDAR</b>	70% de Servicios deben alcanzar o superar el estándar

**EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN**

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando al menos el 70% de los servicios hayan alcanzado el estándar propuesto.

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

Los criterios de cobertura de cada uno de los servicios se especifican en el documento de Cartera 2019.

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>

SERVICIOS	Objetivos de Cobertura 2023*
<b>Actividades de prevención y promoción</b>	
Vacunaciones menores de 1 año	
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	
<b>Procesos de atención</b>	
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 cardiaca 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	

\* En función de los resultados alcanzados en 2022, algunos servicios pueden sufrir incremento en sus objetivos de cobertura (en ese caso se informará de las variaciones oportunamente)

### OBJETIVO 3

Mejorar la calidad en la atención y los resultados en salud relacionados con los procesos asistenciales y la cartera de servicios de AP

<b>INDICADOR 3.1</b>	<b>MEJORA EN LAS PRESTACIONES DE SALUD BUCODENTAL</b>
<b>VALOR</b>	25 puntos
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de revisiones de Salud Bucodental de niños/as de 0 a 14 años, registradas en la Guía Asistencial
<b>FUENTE</b>	Sistema de información MedoraCyL
<b>ESTÁNDAR</b>	40%

#### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando exista registro en la Guía Asistencial de Salud Bucodental de, al menos el 40%, de las revisiones de Salud Bucodental de niños/as de 0 a 14 años, realizadas en el año 2023.

<b>INDICADOR 3.2</b>	<b>ÍNDICE DE CALIDAD EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL (ICPA)</b>
<b>VALOR</b>	75 puntos
<b>CÁLCULO</b>	Suma del resultado obtenido en la puntuación de cada uno de los indicadores según criterios de valoración (explicados a continuación).
<b>FUENTE</b>	Sistema de información MedoraCyl Sistemas de información hospitalarios Bision
<b>ESTÁNDAR</b>	Se fija en cada uno de los indicadores de cada proceso

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN PAG 2023**

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
<b>MALTRATO INFANTOJUVENIL</b>	1. Porcentaje de niños/as de 0 a 14 años con cribado de maltrato intrafamiliar en la infancia en Atención Primaria	60%	80%
<b>ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO</b>	2. Porcentaje de mujeres en embarazadas a las que se les realiza despistaje de maltrato	80%	95%
	3. Porcentaje de púerperas con valoración emocional	40%	60%
<b>CRIBADO FRAGILIDAD</b>	4. Porcentaje de personas $\geq 70$ años que tienen realizada la valoración funcional de las actividades de la vida diaria a través del Índice de Barthel, en los dos últimos años	50%	70%
	5. Porcentaje de personas $\geq 70$ años con índice de Barthel $\geq 90$ y a los que se ha realizado las pruebas de ejecución de la marcha o el cuestionario Frail	20%	40%

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD	6. Porcentaje de personas $\geq 70$ años con anamnesis de caídas en los últimos dos años	20%	40%
	7. Porcentaje de personas $\leq 65$ años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad o complicación grave con determinación de HbA1c $\leq 7\%$ en el último año	35%	50%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	8. 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%
	9. 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%
	10. 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%
	11. Porcentaje de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe el último año	40%	50%
	12. Porcentaje de personas $\leq 65$ años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo	50%	70%
	13. Porcentaje de personas $\leq 60$ años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente al gripe	50%	70%
	14. Porcentaje de personas diagnosticadas de nefropatía y DM2 con la media de las cifras de PA registradas en el último año $\leq 130/80$	35%	50%
PERSONA FUMADORA	15. Porcentaje de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año	40%	50%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	16. Porcentaje de personas $\leq 60$ años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a la gripe	60%	70%
	17. Porcentaje de personas $\leq 65$ años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo	60%	70%

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
ANTICOAGULACIÓN	18. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante y con valoración de adherencia terapéutica	70%	80%
CUIDADOS PALIATIVOS	19. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor en el último año	45%	60%
	20. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social	40%	50%
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%
COVID-19	22. Porcentaje de pacientes con COVID Persistente con valoración del estado funcional	30%	50%

### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El índice sintético ICPA (índice de calidad en la práctica asistencial) se elabora a partir de la evaluación de los indicadores de los procesos asistenciales y de la cartera de servicios de Atención Primaria, que se realiza de la siguiente manera:

- La puntuación máxima total de los 22 indicadores es de 75 puntos.
- Para cada indicador se establece un estándar, cuya obtención proporciona la puntuación máxima que es de 3.4 puntos, salvo para los indicadores 11 y 19 cuya puntuación máxima es de 3.5 puntos
- Conseguir el nivel mínimo del indicador garantiza el 50% de la puntuación máxima asignada al indicador, es decir, 1.7 puntos, salvo para los indicadores 11 y 19 cuya puntuación mínima es de 1.75 puntos. Según se aproxime el indicador desde el nivel mínimo al objetivo establecido se asignarán los puntos proporcionalmente. Por debajo del nivel mínimo no se asignará ningún punto al indicador.

### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y DE LA FUENTE

**Numerador:** Para la obtención de los datos de los indicadores las fuentes de información de los numeradores 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 4, 6 y 9.

**Fuente:** Los indicadores se han tomado de los procesos asistenciales y de la actualización de la cartera de servicios de Atención Primaria (2019).

## FÓRMULAS DE LOS INDICADORES

### 1. Porcentaje de niños/as de 0 a 14 años con cribado de maltrato intrafamiliar en la infancia en Atención Primaria:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de niños/as de 0 a 14 años en los que se realiza cribado de sospecha de malos tratos en el último año} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de niños/as de 0 a 14 años que acuden a las revisiones programadas}}$$

*Se considerará el registro en la historia clínica sobre anamnesis de cualquiera de los datos clínicos de sospecha de malos tratos, riesgo psicosocial, confirmación de malos tratos, diagnóstico CIE de maltrato desatención o desamparo o de su inexistencia registrada en la Guía Clínica de Maltrato infantil.*

### 2. Porcentaje de mujeres embarazadas que se les realiza despistaje de maltrato

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres embarazadas con registro de la presencia, sospecha o ausencia de maltrato por su pareja} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de mujeres embarazadas}}$$

### 3. Porcentaje de puérperas con valoración emocional

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de puérperas con valoración emocional} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de puérperas}}$$

### 4. Porcentaje de personas $\geq 70$ años que tienen realizada la valoración funcional de las actividades de la vida diaria a través del Índice de Barthel, en los dos últimos años

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas } \geq 70 \text{ años que tienen realizada la valoración funcional de las actividades de la vida diaria a través del Índice de Barthel en los dos últimos años} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas } \geq 70 \text{ años}}$$

*Excepción: personas institucionalizadas y/o con índice de Barthel  $< 45$  o grado de dependencia 3.*

**5. Porcentaje de personas  $\geq 70$  años con índice de Barthel  $\geq 90$  y a los que se ha realizado las pruebas de ejecución de la marcha o el cuestionario Frail**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas } \geq 70 \text{ años con índice de Barthel } \geq 90 \text{ y a los que se ha realizado las pruebas de ejecución de la marcha o el cuestionario Frail} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas } \geq 70 \text{ años con índice de Barthel } \geq 90}$$

*Excepción: personas institucionalizadas y/o con índice de Barthel  $< 45$  o grado de dependencia 3.*

**6. Porcentaje de personas  $\geq 70$  años con anamnesis de caídas en los últimos dos años**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas } \geq 70 \text{ años con anamnesis de caídas en los últimos dos años} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ personas } \geq 70 \text{ años}}$$

*Excepción: personas institucionalizadas y/o con índice de Barthel  $< 45$  o grado de dependencia 3.*

**7. Porcentaje de personas  $\leq 65$  años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad o complicación grave\* con HbA1c  $\leq 7\%$**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas } \leq 65 \text{ años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad grave} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas } \leq 65 \text{ años con DM2 sin comorbilidad grave} \times 100}$$

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

**8. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas  $\leq 140/90$**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas } \leq 140/90 \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 y sin nefropatía}}$$

$$\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 y sin nefropatía}$$

**9. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo y/o interconsulta a Oftalmología en los dos últimos años**

nº de personas con DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo  
y/o interconsulta a Oftalmología X 100

---

nº de personas con DM2 sin retinopatía

**10. 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

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

nº de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe X 100

---

nº de personas con DM2

**12. Porcentaje de personas < 65 años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo**

nº de personas < 65 años diagnosticadas de DM2  
vacunadas frente a neumococo X 100

---

nº personas < 65 años diagnosticadas de DM2

**13. Porcentaje de personas < 60 años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a gripe**

nº de personas < 60 años diagnosticadas de DM2 vacunadas  
frente a gripe X 100

---

nº de personas < 60 años diagnosticadas de DM2

**14. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y con nefropatía con la media de las cifras de PA registradas ≤ 130/80**

nº personas con DM2 y con nefropatía con la media  
de las cifras de PA registradas ≤ 130/80 X 100

---

nº total personas con DM2 y con nefropatía

**15. Porcentaje de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas con EPOC}}$$

**16. Porcentaje de personas < 65 años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 65 \text{ años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 65 \text{ años diagnosticadas de EPOC}}$$

**17. Porcentaje de personas < 60 años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a gripe**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 60 \text{ años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a gripe} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 60 \text{ años diagnosticadas de EPOC}}$$

**18. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante y con valoración de adherencia terapéutica**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con tratamiento anticoagulante y con valoración de adherencia terapéutica} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas con tratamiento anticoagulante}}$$

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total personas incluidas en el proceso de CP}}$$

**20. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total personas incluidas en el proceso de CP}}$$

**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)**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas diagnosticadas de FM con registro de FIQ/CIF} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas diagnosticadas de FM}}$$

**22. Porcentaje de pacientes con COVID Persistente con valoración de estado funcional**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ personas con COVID Persistente con valoración del estado funcional} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas con COVID Persistente}}$$

**CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO:**

El índice sintético ICPA (índice de calidad en la práctica asistencial) se elabora a partir de la evaluación de los indicadores de los procesos asistenciales y de la cartera de servicios de Atención Primaria, que se realiza de la siguiente manera:

- Para cada indicador se establece un estándar, cuya obtención proporciona la puntuación máxima.
- Conseguir el nivel mínimo del indicador garantiza el 50% de la puntuación asignada al indicador.
- Por debajo del nivel mínimo no se asignará ningún punto al indicador.

## OBJETIVO 4

### Mejorar la equidad y la accesibilidad en la atención a la población

Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de Atención Primaria y el contacto con el centro de Salud

<b>INDICADOR 4.1</b>	<b>FACILITAR EL CONTACTO CON EL CENTRO DE SALUD EN UN PLAZO INFERIOR A 24 HORAS</b>
<b>VALOR</b>	75 puntos
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de citas en el módulo de atención al ciudadano que son respondidas en las primeras 24h
<b>FUENTE</b>	BISION
<b>ESTÁNDAR</b>	90% de las citas generadas en el módulo de atención al ciudadano serán respondidas en las primeras 24 horas siguientes

#### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La accesibilidad es uno de los valores fundamentales de la atención primaria. En el momento actual en el que la Atención Primaria cada vez está más tensionada y el acceso a los profesionales es cada vez más difícil, se hace necesario buscar soluciones que posibiliten el contacto con el centro de salud en el plazo más inmediato posible.

Para ello todos los centros de salud dispondrán del módulo de atención al ciudadano que recoge las citas y llamadas que los usuarios realizan al centro de salud, para que, en los periodos de menos saturación, los auxiliares administrativos puedan devolver las llamadas a los usuarios y resolver su demanda.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO:

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando el 90% de las citas en el módulo de atención al ciudadano se hayan resuelto en las primeras 24h.

Se obtendrá el 50% de la puntuación cuando el 70% de las citas en el módulo de atención al ciudadano se hayan resuelto en las primeras 24h.

<b>INDICADOR 4.2</b>	<b>OFERTA ADECUADA DE CONSULTAS PRESENCIALES A DEMANDA DE LA POBLACIÓN RURAL</b>
<b>VALOR</b>	75 puntos
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de consultas presenciales a demanda en el medio rural.
<b>FUENTE</b>	Sistemas de información (BISION).
<b>ESTÁNDAR</b>	El 80% de las consultas a demanda se realizarán de forma presencial en el medio rural.

#### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

Se obtendrá el 100% de la puntuación cuando el 50% de los equipos de atención primaria rurales realicen al menos el 80% de sus consultas a demanda de la población de forma presencial. Se obtendrá el 80% de la puntuación cuando el 50% de los equipos de atención primaria rurales realicen al menos el 55% de sus consultas a demanda de la población, de forma presencial. Se obtendrá el 50% de la puntuación cuando el 70% de los equipos de atención primaria rurales realicen al menos el 50% de sus consultas a demanda de la población.

**OBJETIVO 5**

**Excelencia en la atención, calidad y asistencia en atención primaria centrado en crónicos y polimedicados**

<b>INDICADOR 5</b>	<b>% DE UNIDADES BÁSICAS FUNCIONALES (CUPOS DE MÉDICO-ENFERMERA) QUE CUMPLEN EL ÍNDICE DE EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN, CALIDAD Y ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADO EN CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS</b>
<b>VALOR</b>	200 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<p>Se valora el % de UBF (cupos de médico-enfermera) que cumplen el ÍNDICE DE EXCELENCIA que tiene los siguientes componentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad y seguridad de uso de medicamentos (C1).</li> <li>• Revisión y seguimiento de la adherencia terapéutica (C2) .</li> <li>• Atención e intervención en cronicidad (C3).</li> <li>• Demoras en la obtención de cita para consulta a demanda en atención primaria (C4).</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Concylia, Medora.
<b>ESTÁNDAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio &gt;150 puntos: 200 puntos.</li> <li>• Se obtendrán 2 puntos por cada punto que supere el promedio de 50.</li> <li>• Promedio &lt;50: 0 puntos.</li> </ul>

**COMPONENTE 1: CALIDAD Y SEGURIDAD DE USO DE MEDICAMENTOS**

<b>C1. A ÍNDICE PROA</b>	<b>MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>INDICADORES</b>	<p>a) Consumo de antibióticos de uso sistémico (MF y PED) (1 y 7).  b) Selección de ATB de espectro reducido (MF y PED) (2 y 8).  c) Amoxicilina frente a amoxicilina con/sin clavulánico (MF y PED) (3 y 9).  d) Consumo de macrólidos (MF y PED) (4 y 11).  e) Consumo de fluoroquinolonas (MF) (5).  f) Consumo de amoxicilina clavulánico (PED) (10).  g) Consumo de cefalosporinas 3ª gen (MF y PED) (6 y 12).</p>
<b>CÁLCULO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DTD Antibióticos (J01) = nº DDD J01 *1000/ nº tarjetas sanitarias* x día</li> <li>2. % DDD de ATB espectro reducido= nº DDD de (J01CA+J01CE+J01CF+J01XX01) *100/ nº de DDD de J01</li> <li>3. % ENV Amoxi vs Amoxi+Amoxi-cla = nº env amoxicilina (J01CA04) *100 / nº ENV (amoxicilina (J01CA04) + amoxicilina-clavulánico (J01CR02))</li> <li>4. % DDD de macrólidos =nº DDD macrólidos (J01FA)* 100 /nº DDD ATB (J01)</li> <li>5. % DDD de fluoroquinolonas = nº DDD fluoroquinolonas (J01MA)*100 / nº DDD ATB (J01)</li> <li>6. % DDD de cefalosporinas 3ª gen =nº DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)*100 / nº DDD ATB (J01)</li> <li>7. DHD aj AB= Nº de DDD de antibióticos por cada mil habitantes y día ajustados por edad (0-1, 2-4, 5-13 años)</li> <li>8. % en ENV selección AB= amoxicilina (J01CA04) + fenoximetilpenicilina + penicilina G (J01CE) /antibióticos del grupo (J01) x 100</li> <li>9. % en ENV amoxicilina (J01CA04) /[(amoxicilina (J01CA04) + amoxicilina-clavulánico (J01CR02))] x 100</li> <li>10. % en ENV amoxicilina-clavulánico (J01CR02) / antibióticos (J01) x 100</li> <li>11. % en ENV macrólidos (J01FA) / antibióticos (J01) x 100</li> <li>12. % en ENV cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / antibióticos (J01) x 100</li> </ol>
<b>FUENTE</b>	Concylia.
<b>EXPLICACIÓN / JUSTIFICACIÓN</b>	Plan Nacional de resistencia a antimicrobianos. Calidad. Seguridad. Riesgo de las resistencias. Valoración cupo de Medicina de Familia (MF) y Pediatría (PED) .
<b>ESTANDARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio ≥15 puntos: 20 puntos.</li> <li>• Se obtendrán 2 puntos por cada punto que supere el promedio de 5.</li> <li>• Promedio &lt;5: 0 puntos.</li> </ul>

<b>C1. B ÍNDICE DE CONSUMO RACIONAL</b>	<b>ADECUACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO A LAS NECESIDADES DE DEL PACIENTE PARA EVITAR CONSUMO INNECESARIO</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>INDICADORES</b>	1.Consumo de Inhibidores de la bomba de protones (IBP). 2.Consumo general (desviación del N° de envases por persona ajustada por edad).
<b>CÁLCULO</b>	DHD IBP ajustado: N° DDD IBP por mil habitantes día ajustado Dosis por 1000 habitantes día de IBP ajustado por tres tramos de edad ( $\geq 15$ y $\leq 44$ años; $\geq 45$ y $\leq 64$ años; $\geq 65$ ). Desviación n° ENV por persona Ajustado por edad: EP Aj Edad ajuste por tramos de edad: ( $<44$ , 45-64, 65-74 y $>75$ años). Desviación respecto CGF y GAP.
<b>FUENTE</b>	Concylia.
<b>EXPLICACIÓN</b>	La DHD permite hacer comparaciones entre diferentes ámbitos poblacionales (CPF) o tiempos (mes, año, etc.) El ajuste de la DHD trata de homogeneizar las diferencias de población en su composición por edad. El indicador de DHD IBP se apoya en la estrategia “No hacer” recogida en el Plan de Calidad y Seguridad del paciente. El indicador Envases por persona ajustado por edad calcula coeficiente desviación respecto del entorno CGF Y GAP.
<b>ESTANDARES</b>	Se asignará según el promedio de puntuación de los cupos del área, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio <math>\geq 13</math> puntos: 20 puntos.</li> <li>• Se obtendrán 4 puntos por cada punto que supere el promedio de 8.</li> <li>• Promedio <math>&lt;8</math>: 0 puntos.</li> </ul>

**COMPONENTE 2. REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA TERAPÉUTICA AMBULATORIA  
(G2 Y G3)**

<b>C2. A REVISIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<b>OPTIMIZACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE LA REVISIÓN DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS MÉDICOS</b>
<b>VALOR</b>	25 puntos.
<b>INDICADORES</b>	Revisión completa del plan terapéutico en pacientes estratificados en los grupos de riesgo G2 y G3, según establece PIOFAR.
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de pacientes en cuya historia clínica (marca en PRES-módulo de prescripción) está registrada la revisión del plan terapéutico en relación con el total de pacientes con calificación de riesgo G2 y G3 a nivel de cupo.

<b>FUENTE</b>	Marca de revisión en el módulo de prescripción PRES.
<b>ESTANDARES</b>	Se asignará según el promedio de porcentaje de pacientes intervenidos en los cupos del área: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio <math>\geq 70\%</math>: 25 puntos.</li> <li>• Se obtendrá 0,5 puntos por cada punto porcentual que supere el 20%.</li> <li>• Promedio <math>&lt; 20\%</math>: 0 puntos.</li> </ul>
<b>EXPLICACIÓN</b>	PIOFAR. Plan integral de optimización de la farmacoterapia. Asesoría y colaboración del FAP en la revisión del PT.
<b>C2. B REVISIÓN DE TRATAMIENTO</b>	<b>MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA REVISIÓN DE ADHERENCIA POR PARTE DE LOS ENFERMEROS/AS</b>
<b>VALOR</b>	25 puntos
<b>INDICADORES</b>	Revisión de la adherencia en pacientes estratificados en los grupos de riesgo G2 y G3, según establece PIOFAR.
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de pacientes en cuya historia clínica (marca en PRES-módulo de prescripción) está registrada la revisión de la adherencia en relación con el total de pacientes con calificación de riesgo G2 y G3 a nivel de cupo.
<b>FUENTE</b>	Marca de revisión en el módulo de prescripción PRES.
<b>ESTÁNDARES</b>	Se asignará según el promedio de porcentaje de pacientes intervenidos en los cupos del área: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio <math>\geq 70\%</math>: 25 puntos.</li> <li>• Se obtendrá 0,5 puntos por cada punto porcentual que supere el 20%.</li> <li>• Promedio <math>&lt; 20\%</math>: 0 puntos.</li> </ul>
<b>EXPLICACIÓN / JUSTIFICACIÓN</b>	PIOFAR. Plan integral de optimización de la farmacoterapia. Asesoría y colaboración del FAP en la revisión de la adherencia.

COMPONENTE 3. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CRONICIDAD

C3.A ACTIVIDAD PCCC	ÍNDICE DE ACTIVIDAD DEL PCC
VALOR	20 puntos.
CÁLCULO	Porcentaje de pacientes PCC que anualmente tienen realizada una valoración funcional, cognitiva, emocional y social.
FUENTE	Historia clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora).
ESTÁNDAR	Se obtendrán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 puntos si el 40% de los PCC están valorados.</li> <li>• 15 puntos si el 30% de los PCC están valorados.</li> <li>• 10 puntos si el 20% de los PCC están valorados.</li> <li>• Se obtendrán 0 puntos cuando el resultado sea inferior al 20%.</li> </ul>

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

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR

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 no institucionalizados incluidos en el proceso de PCC

<b>C3.B ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>	<b>ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<p>Porcentaje de personas de <math>\geq 70</math> años de edad con nivel de dependencia II o III o con Barthel inferior a 60 puntos, que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos dos veces al año son visitados por su enfermera en su domicilio.</li> <li>• Al menos una vez al año son visitados por su médico en su domicilio, intentando que coincida con una de las visitas de la enfermera.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Historia clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora)
<b>ESTÁNDAR</b>	<p>Se obtendrán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 puntos si al menos el 60% de los pacientes han sido visitados por su médico y su enfermera. .</li> <li>• 15 puntos si al menos el 30% de los pacientes han sido visitados por su médico y su enfermera.</li> <li>• Resto de situaciones no obtendrá puntuación.</li> </ul>

### CÁLCULO

**Numerador:** Personas de  $\geq 70$  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.
- Al menos una vez al año son visitados por su médico en su domicilio, intentando que coincida con una de las visitas de la enfermera.

**Denominador:** Personas de  $\geq 70$  años de edad, con nivel de dependencia II o III o con Barthel inferior a 60 puntos.

<b>C3.C SEGUIMIENTO AL ALTA</b>	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS TRAS UN ALTA HOSPITALARIA</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de pacientes crónicos no institucionalizados G2 y G3, que, en el plazo máximo de 72 horas hábiles tras el alta hospitalaria, hayan tenido una atención presencial por la enfermera y una revisión del tratamiento por el médico de familia.
<b>FUENTE</b>	Historia clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora)
<b>ESTÁNDAR</b>	Se obtendrán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 puntos si el 40% de los pacientes han sido atendidos y revisado su tratamiento.</li> <li>• 15 puntos si el 30% de los pacientes han sido atendidos y revisado su tratamiento.</li> <li>• 10 puntos si el 20% de los pacientes han sido atendidos y revisado su tratamiento.</li> <li>• Se obtendrán 0 puntos cuando el resultado sea inferior al 20%.</li> </ul>

### CÁLCULO

**Numerador:** Número de pacientes crónicos no institucionalizados G2 y PCC con alta hospitalaria que, en el plazo máximo de 72 horas hábiles tras el alta hospitalaria, hayan tenido una cita con la UBF (cupo médico-enfermera) para seguimiento de la enfermedad y revisión del tratamiento

**Denominador:** Número de pacientes crónicos no institucionalizados G2 y PCC dados de alta en el cupo de la UBF.

<b>C4.A DEMORAS EN AP</b>	<b>DEMORAS EN LA OBTENCIÓN DE CITA PARA CONSULTA A DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA IGUAL O INFERIOR A 48H LABORABLES</b>
<b>VALOR</b>	50
<b>CÁLCULO</b>	Porcentaje de días del año en las que la agenda de la Unidad Básica Funcional (UBF) de los equipos urbanos y semi urbanos presentan una demora $\leq$ 48h laborables.
<b>FUENTE</b>	Sistemas de Información (BISION).
<b>ESTÁNDAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se obtendrán 40 puntos cuando, al menos, el 80% de los días del año, las UBF de los equipos urbanos del área, presenten una media de demora no superior a 48h laborables.</li> <li>• Se obtendrán 25 puntos cuando, al menos, el 70% de los días del año, las UBF de los equipos urbanos y semi urbanos del área, presenten una media de demora no superior a 48h laborables.</li> <li>• Se obtendrá los 0 puntos cuando el resultado sea inferior al 70% de las semanas del año.</li> </ul>

Para la evaluación del indicador, se tendrá en cuenta la demora de la consulta médica.

A efectos de la evaluación, no se considerará en la demora el promedio de días correspondientes a las vacaciones del profesional.

# OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

## OBJETIVO 1

### Mejorar la equidad y la accesibilidad en la atención a la población

<b>INDICADOR 1.1</b>	<b>DISMINUIR LA LISTA DE ESPERA TOTAL Y ESTRUCTURAL DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (LEQ), DE CONSULTAS EXTERNAS (LECEX) Y DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS: ECOS/TC/RM (LETEC)</b>
<b>VALOR</b>	120 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1: N° pacientes en LEQ 2023/ N° pacientes en LEQ 2022.</li> <li>• Indicador 2: N° pacientes en LECEX 2023/ N° pacientes en LECEX 2022.</li> <li>• Indicador 3: N° pacientes en LETEC 2023/ N° pacientes en LETEC 2022.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Elaboración a partir de información de BISION Y CATIA.
<b>ESTÁNDAR</b>	OBJETIVO TRIMESTRAL POR CENTRO.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en BISION y CATIA.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se incluyen los pacientes totales, incluso los que estén pendientes de cita, si los hubiera (buzones). La puntuación será 120 en el caso de que se cumplan los tres indicadores.

Si no se cumplen los tres indicadores cada apartado se valorará con 40 puntos si cumple (han de cumplirse los dos total y estructural) y 0 puntos si no cumple el objetivo.

El periodo de evaluación comienza en marzo de 2023, realizándose evaluación trimestral según los objetivos establecidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización y el objetivo se considerará cumplido el 31 de diciembre de 2023

<b>INDICADOR 1.2</b>	<b>CONSULTAS PREFERENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>VALOR</b>	25 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	$\frac{\text{N.º consultas preferentes atendidas <15 días} * 100}{\text{N.º consultas preferentes totales}} \geq 75\%$
<b>FUENTE</b>	BISION
<b>ESTÁNDAR</b>	≥75%

### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

La información se obtiene de los registros BISION.

Se dará por conseguido si se alcanza, al menos, el 75% de las citas de primeras consultas preferentes atendidas en 15 días.

La evaluación se hará trimestralmente 31 de marzo/ 30 de junio/30 de septiembre y 31 de diciembre y el objetivo deberá cumplirse cada trimestre.

<b>INDICADOR 1.3</b>	<b>OBJETIVOS DE DEMORA MEDIA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS INCLUIDAS EN EL REGISTRO DE LISTA DE ESPERA CON CARÁCTER ESTRUCTURAL</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Promedio de días de espera para intervenciones quirúrgicas programadas incluidos en Lista de espera con carácter estructural.
<b>FUENTE</b>	BISION
<b>ESTÁNDAR</b>	OBJETIVO TRIMESTRAL POR CENTRO.

### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES QUIRÚRGICOS

**Indicador:** promedio de días de espera de los pacientes incluidos en LEQ desde la fecha de entrada en el registro, hasta la fecha final del periodo de estudio. Restringida a los pacientes en situación de espera estructural (EE).

Información procedente de la Dirección General de salud Digital: BISION.

### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza en marzo de 2023, realizándose evaluación trimestral según los objetivos establecidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización y el objetivo se considerará cumplido el 31 de diciembre de 2023.

## OBJETIVO 2 Mejorar la eficiencia

<b>INDICADOR 2.1</b>	<b>AUMENTAR LA ACTIVIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS INCREMENTANDO EL NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS EN UN 10% RESPECTO A LO ATENDIDO EN 2022 (CON RECURSOS ORDINARIOS)</b>
<b>VALOR</b>	30 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Optimización de las agendas incrementando la actividad en un 10% respecto a lo realizado en 2022.
<b>FUENTE</b>	BISION
<b>ESTÁNDAR</b>	>10% referente al año 2022.

*Optimización de las agendas incrementando la actividad en un 10% respecto a lo realizado en 2022*

### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Indicadores trimestrales de actividad, elaborados a partir de la información procedente de la Dirección General de Salud Digital

**Definición:** Número de primeras consultas atendidas en 2023 menos número de consultas atendidas en 2022/ número de consultas atendidas en 2022 \*100. Tiene que aumentar más de 10%

### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El objetivo se considerará cumplido si a 31 de diciembre se ha conseguido aumentar el número de primeras consultas en un 10% o más respecto a lo realizado el año 2022, en consulta ordinaria con medios propios.

<b>INDICADOR 2.2</b>	<b>OPTIMIZAR EL RENDIMIENTO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, DISMINUYENDO LA RELACIÓN SUCESIVA/PRIMERA EN LAS ESPECIALIDADES QUE MÁS SE ALEJEN DE LA MEDIA DEL GRUPO POR HOSPITALES</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de mejora del Índice sucesivas-primeras en 2023 para la especialidad seleccionada 1 con respecto a la media del grupo para esa especialidad.</li> <li>• Porcentaje de mejora del Índice sucesivas-primeras en 2023 para la especialidad seleccionada 2 con respecto a la media del grupo para esa especialidad.</li> <li>• Porcentaje de mejora del Índice sucesivas-primeras en 2023 para la especialidad seleccionada 3 con respecto a la media del grupo para esa especialidad</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Información procedente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización a partir de BISION.
<b>ESTÁNDAR</b>	100% mejora (para cada especialidad).

Disminuir la relación en consultas externas sucesivas / primeras en 2023 en tres especialidades con capacidad de mejora con respecto a la media de su grupo.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Indicadores trimestrales de actividad, elaborados a partir de la información procedente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se seleccionarán 3 especialidades específicas para cada hospital entre las que tengan mayor capacidad de mejora.

El porcentaje de mejora se calcula como la diferencia entre el índice sucesivas/primeras de la especialidad seleccionada para el hospital y el índice sucesivas/primeras medio del grupo.

Se considera 100% de mejora cuando igualamos el índice con la media del grupo de hospitales. El objetivo se considerará cumplido si se ha alcanzado la disminución propuesta a 31 de diciembre.

#### Cumplimiento indicador:

Si se cumplen las tres especialidades	20 puntos
Si se cumplen dos especialidades	15 puntos
Si se cumple una especialidad	10 puntos

<b>INDICADOR 2.3</b>	<b>OPTIMIZAR EL RENDIMIENTO DE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS, ECO/TC/RM MEJORANDO EL RENDIMIENTO POR EQUIPO Y TURNO</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de mejora del rendimiento de cada equipo de ECOGRAFÍA por cada turno en 2023 referido al año 2022.</li> <li>- Porcentaje de mejora del rendimiento de cada equipo de TC por cada turno en 2023 referido al año 2022.</li> <li>- Porcentaje de mejora del rendimiento de cada equipo de RM por cada turno en 2023 referido al año 2022.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Sistema de Información de Atención especializada (SIAE).
<b>ESTÁNDAR</b>	10% mejora (para cada equipo).

Aumentar el rendimiento de equipo/turno en el año 2023 referido al rendimiento del año 2022. Con recursos propios y jornada ordinaria.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Indicadores trimestrales de actividad, elaborados a partir de la información del SIAE por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, servicio de Programa Asistencial y Coordinación de Urgencias.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se seleccionarán LAS TRES TÉCNICAS para cada hospital

##### Cumplimiento del indicador:

Cuando exista aumento del rendimiento de 10% para cada una de las tres técnicas	15 puntos
Cuando el aumento sea del 10% de rendimiento para dos técnicas	10 puntos
Cuando el aumento sea del 10% de rendimiento para una técnica	5 puntos

El objetivo se considerará cumplido si se ha alcanzado el aumento de rendimiento propuesto a 31 de diciembre.

<b>INDICADOR 2.4</b>	<b>OPTIMIZAR LA UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANO EN JORNADA ORDINARIA</b>
<b>VALOR</b>	10 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	% de utilización de quirófano en 2023- % de utilización de quirófano en 2022 $\geq$ 2.
<b>FUENTE</b>	Sistema de Información de Atención especializada (SIAE).
<b>ESTÁNDAR</b>	>2% respecto al alcanzado el año 2022.

Aumentar el tiempo de utilización de quirófano en jornada ordinaria en el año 2023 respecto al año 2022 en un mínimo de 2 puntos.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Indicadores trimestrales de actividad, elaborados a partir de la información del SIAE por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Programa asistencial y coordinación de Urgencias.

% de utilización de quirófano en 2023- % de utilización de quirófano en 2022  $\geq$  2.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El estándar fijado para este objetivo es que sea >de 2 puntos porcentuales: El indicador se calcula:  $\frac{\text{Tiempo disponible-Tiempo utilizado}}{\text{tiempo disponible}} \times 100$  año 2023-  $\frac{\text{Tiempo disponible-tiempo utilizado}}{\text{tiempo disponible}} \times 100$  año 2022.

El objetivo se considerará cumplido si se ha alcanzado el rendimiento global a 31 de diciembre.

<b>INDICADOR 2.5</b>	<b>DISMINUIR EL NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Cirugía programada suspendida en jornada ordinaria < 3%
<b>FUENTE</b>	Sistema de Información de Atención especializada (SIAE).
<b>ESTÁNDAR</b>	< 3%

Disminuir el N° de intervenciones programadas que se suspenden en jornada ordinaria por debajo del 3%.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Indicadores trimestrales de actividad, elaborados a partir de la información procedente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria: Servicio de Programa Asistencial y Coordinación de Urgencias.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Definición del indicador: cirugía programada suspendida es el  $\frac{\text{No intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas}}{\text{No intervenciones programadas realizadas} + \text{N}^\circ \text{ intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas}} * 100$ .

La puntuación será 15 puntos en el caso de que se cumpla el indicador.

El objetivo se considerará cumplido si se ha alcanzado el % de cirugía programada suspendida propuesto a 31 de diciembre.

<b>INDICADOR 2.6</b>	<b>PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA INTERVENIDOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DEL INGRESO EN EL QUIRÓFANO URGENTE</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Número de pacientes ingresados por fractura de cadera susceptibles de tratamiento quirúrgico intervenidos en las primeras 48 horas tras el ingreso/Nº total de ingresos por fractura de cadera intervenida*100.
<b>FUENTE</b>	CMBD HOSPITALIZACIÓN DE CADA CENTRO Y REGISTRO QUIRÚRGICO.
<b>ESTÁNDAR</b>	≥60%

La fractura de cadera constituye un importante problema sanitario por el elevado número de casos, las importantes repercusiones de morbilidad y mortalidad que ocasiona y los consiguientes recursos derivados de su asistencia sanitaria. La reducción de los tiempos de estancia preoperatoria y de hospitalización disminuye los riesgos asociados a la misma y permite un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Conseguir que un 60% de las fracturas de cadera que tengan indicación quirúrgica se intervengan en las primeras 48 horas tras el ingreso hospitalario, en un quirófano de urgencias.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales de Castilla y León

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Porcentaje de episodios con diagnóstico principal de fractura de cadera traumática o patológica \*intervenidas en las primeras 48 horas del ingreso, sobre el total de episodios que ingresan por fractura de cadera. Este indicador será calculado teniendo en cuenta horas, minutos y segundos, Se excluyen los casos que no tienen indicación quirúrgica.

\*Códigos CIE 10 MC: Se añaden en anexo.

El objetivo se considerará cumplido si se ha alcanzado a 31 de diciembre.

### OBJETIVO 3 Garantía de demoras

<b>INDICADOR 3.1</b>	<b>OBJETIVOS DE GARANTÍA DE ESPERA MÁXIMA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 29/2012</b>
<b>VALOR</b>	30 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Indicador: Número de pacientes con más de 30 días en LEQ estructural de los procesos de Cirugía oncológica y cardíaca no valvular.
<b>FUENTE</b>	BISION/CATIA
<b>ESTÁNDAR</b>	Ningún paciente incluido por estas patologías con más de 30 días en LEQ.

Plazo máximo de espera de intervenciones quirúrgicas programadas de cirugía oncológica y cirugía cardíaca no valvular debe ser menor a 30 días.

#### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

Información procedente de BISION/CATIA.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero 2023, para las intervenciones quirúrgicas, realizándose de forma continua mes a mes hasta el 31 de diciembre del mismo año. Debe ser cumplido todos los meses. La puntuación final será el promedio de los meses que se haya cumplido.

*\*Únicamente se considerarán los pacientes en espera estructural y para neoplasias y cirugía cardíaca no valvular*

La información será proporcionada por la Dirección General de Salud Digital mediante la explotación del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica.

<b>INDICADOR 3.2</b>	<b>OBJETIVOS DE GARANTÍA DE ESPERA MÁXIMA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 29/2012</b>
<b>VALOR</b>	30 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Indicador: Número de pacientes con más de 180 días en LEQ estructural de los procesos*.
<b>FUENTE</b>	BISION/CATIA
<b>ESTÁNDAR</b>	Ningún paciente con más de 180 días en LEQ.

Plazo máximo de espera de intervenciones quirúrgicas programadas de los procesos\*, debe ser menor a 180 días.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES QUIRÚRGICOS

Información procedente de BISION/CATIA

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero 2023, para las intervenciones quirúrgicas, realizándose de forma continua mes a mes hasta el 31 de diciembre del mismo año. El objetivo se considerará cumplido si se alcanza a 31 de diciembre de 2023

**\*Únicamente se considerarán los pacientes en espera estructural de las siguientes patologías:**

- Intervención de cataratas
- Prótesis de rodilla
- Prótesis de cadera
- Cirugía cardíaca coronaria

La información será proporcionada por la Dirección General de Salud Digital mediante la explotación del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica.

<b>INDICADOR 3.3</b>	<b>ADECUAR LOS PACIENTES EN LEQ POR INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE PRIORIDAD 1</b>
<b>VALOR</b>	25 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Número de pacientes con prioridad 1 no intervenidos antes de 30 días.
<b>FUENTE</b>	BISION/CATIA
<b>ESTÁNDAR</b>	Ningún paciente con prioridad 1 con más de 30 días en LEQ.

Adecuación de las indicaciones quirúrgicas según prioridad 1\* en 30 días según establece el Anexo III del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo por el que se establece las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

\*Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

La información para la valoración de los objetivos de programación será proporcionada, por la Dirección General de Salud Digital, con los datos del cierre a 31 de diciembre de 2023.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de marzo de 2023, para las intervenciones quirúrgicas, realizándose de forma **continua mes a mes** hasta el 31 de diciembre del mismo año. Debe ser cumplido todos los meses. La puntuación final será el promedio de los meses que se haya cumplido.

<b>INDICADOR 3.4</b>	<b>ADECUAR LOS PACIENTES EN LEQ POR INDICACIÓN DE PRIORIDAD QUIRÚRGICA 2</b>
<b>VALOR</b>	25 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Número de pacientes con prioridad 2 no intervenidos en 90 días desde la fecha de entrada en el registro.
<b>FUENTE</b>	BISION/CATIA
<b>ESTÁNDAR</b>	Ningún paciente con prioridad 2 con más de 90 días en LEQ.

Adecuación de las indicaciones quirúrgicas según prioridad 2\* en 90 días según establece el Anexo III del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo por el que se establece las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

\***Prioridad 2:** pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

La información para la valoración de los objetivos de programación será proporcionada por la Dirección General de Salud Digital en Catia/Bision con los datos del cierre a 31 de diciembre de 2023.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de marzo 2023, para las intervenciones quirúrgicas, realizándose de forma continua mes a mes hasta el 31 de diciembre del mismo año. El objetivo se considerará cumplido si se alcanza a 31 de diciembre de 2023.

**OBJETIVO 4**

**Mejorar la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica en Atención Hospitalaria. 200 PUNTOS**

<b>INDICADOR 4.1</b>	<b>EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>
----------------------	--

<b>VALOR</b>	100 puntos
--------------	------------

	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>PUNTOS</b>
<b>4.1.1 Cumplir el presupuesto de capítulo II-farmacia hospitalaria</b>	Por GAE dos niveles	N1: 60 N2: 80
<b>4.1.2 Incremento en la penetración de biosimilares1</b>		
<b>Incremento en la penetración de infliximab biosimilar</b>	Por GAE	N1: 1 N2: 2
<b>Incremento en la penetración de etanercept biosimilar</b>	Por GAE	N1: 1,5 N2: 3
<b>Incremento en la penetración de rituximab biosimilar</b>	Por GAE	N1: 1,5 N2: 3
<b>Incremento en la penetración de trastuzumab biosimilar</b>	Por GAE	N1: 3 N2: 5
<b>Incremento en la penetración de adalimumab biosimilar</b>	Por GAE	N1: 3 N2: 5
<b>Incremento en la penetración de bevacizumab biosimilar</b>	Por GAE	N1: 1 N2: 2

Las adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos hospitalarios representan cada vez un mayor porcentaje dentro del gasto farmacéutico global. Es necesario optimizar al máximo las oportunidades de mejora de la eficiencia, de forma que se facilite el acceso a la innovación y al aumento del número de pacientes tratados, manteniendo un crecimiento controlado y contribuyendo a la sostenibilidad.

Los medicamentos biosimilares tienen las mismas garantías de calidad, seguridad y eficacia, tienen un precio inferior, por lo que mediante su uso se garantiza el uso racional del medicamento, cuya promoción y consecución es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios.

Con el objetivo de alcanzar estos objetivos en el centro se sugiere plantear, entre otras, las siguientes estrategias:

- Incluir objetivos de utilización de medicamentos correspondientes al capítulo II de presupuestos, en el pacto de objetivos al menos con 5 Servicios, que serán aquellos de mayor impacto recogiendo una estrategia de seguimiento e información a los Servicios y las propuestas de contención de gasto conjuntas que se van a establecer.
- Incluir objetivos de utilización de medicamentos biosimilares según el consumo de los principios activos de cada Servicio, así como al Servicio de Farmacia para el conjunto del hospital. En el sistema de gestión de información de la prestación farmacéutica para el ámbito hospitalario, Conclyia-Panacyl, habrá un informe para seguimiento de objetivos de utilización de biosimilares comparativo de las GAE a nivel de cada Servicio.

Los principales Servicios Médicos prescriptores de medicamentos con biosimilar incluidos en el objetivo del PAG 2023, en base a los datos disponibles en Conclyia-Panacyl son: Digestivo, Reumatología, Medicina Interna, Dermatología, Oncología Médica y Hematología Médica. No obstante, se podrán establecer objetivos adicionales en otros Servicios, en función de la situación de cada centro.

- Para las áreas con más de un centro, es conveniente la coordinación interna en el área a efectos de prescripción y establecimiento de objetivos.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

La información para la valoración de los objetivos de eficiencia en gasto farmacéutico en atención hospitalaria será la de los informes de Conclyia-Panacyl de seguimiento del gasto en capítulo II en farmacia hospitalaria para el PAG 2023 (1.3.1 GRS – 1.3.2 GAE) y de seguimiento de biosimilares PAG 2023 (7.2.1 GRS y 7.2.2 GAE).

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación se refiere a los datos anuales de cierre a 31 de diciembre de 2023.

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

- Incremento de la penetración de infliximab N1: 2; N2: 4
- Incremento de la penetración de etanercept N1: 3; N2: 6
- Incremento de la penetración de adalimumab N1: 6; N2: 10

<b>INDICADOR 4.2</b>	<b>GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO Y CONDICIONES ESPECIALES DE FINANCIACIÓN Y PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL SNS<sup>1</sup></b>
<b>VALOR</b>	80 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Medicamentos cuyas condiciones especiales de financiación y precio incluyen registro en VALTERMED1 y condiciones económicas especiales.</li> <li>b) Prescripción electrónica y registro por paciente de medicamentos para la DMAE<sup>2</sup> y relacionadas.</li> <li>c) Parametrización y registro de consumos por servicio.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de adquisiciones y consumos en Conclylia/Panacyl e Informes de seguimiento en VALTERMED.</li> <li>• Informes de Conclylia/Panacyl y consumo por paciente con DMAE.</li> <li>• Informes de consumo y adquisiciones de biosimilares (BS) por servicio; consumo por servicio de medicamentos en VALTERMED e informe general de consumo por servicio.</li> </ul>
<b>ESTÁNDAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 100% de aplicación de las condiciones especiales de financiación y precio, tanto registro de las variables obligatorias en VALTERMED, como condiciones económicas de todos los medicamentos (40p).</li> <li>B) Consumo por paciente en DMAE a partir de mayo 2023. Nivel 1: 50% de pacientes (10p) y Nivel 2: 75% de pacientes (20p).</li> <li>C) Nivel 1: Asignación por servicio de 100% de BS y VALTERMED (10p). Nivel 2. Asignación por servicio de BS, VALTERMED y resto de consumo (20p).</li> </ul>

**4.2.a)** Actualmente muchos medicamentos de alto impacto sanitario y económico se incluyen en financiación del SNS con unas condiciones especiales de financiación y precio para todas o bien para alguna de sus indicaciones, específicamente para medicamentos con incertidumbre sanitaria o económica, o un muy elevado precio, de forma que se posibilita el acceso a la innovación.

Una parte de estas condiciones especiales de financiación y precio, son de tipo económico y su falta de aplicación implicaría un incremento indebido del gasto farmacéutico hospitalario. Para ello, el Ministerio de Sanidad establece que para algunos medicamentos/indicaciones se requiere el registro de cada uno de los pacientes en los protocolos farmacoclinicos en VALTERMED, lo que es imprescindible para poder aplicar las condiciones especiales de financiación y por tanto el precio para el SNS. Por ello, es fundamental realizar un seguimiento estrecho de su aplicación. El objetivo es reforzar el seguimiento y aplicación de estas, dada la dificultad y el esfuerzo que supone su cumplimentación.

Para ello, cada GAE establecerá el objetivo de cumplimentación de todas las variables obligatorias en VALTERMED en el pacto de objetivos tanto a los Servicios prescriptores de estos medicamentos, como al Servicio de Farmacia con respecto a la aplicación de las condiciones económicas en la gestión de adquisiciones que correspondan.

Los Servicios médicos con medicamentos cuyas condiciones especiales de financiación y precio incluyen registro en VALTERMED y condiciones económicas especiales, en base a los datos actuales del Sistema de Información de Farmacia (Conclylia- Panacyl), son Oncología Médica, Hematología Médica, Pediatría y Digestivo, además del Servicio de Farmacia, ya que VALTERMED también requiere la cumplimentación de datos de administración de medicamentos, además del seguimiento a realizar.

**4.2.b)** La evolución natural de la población de Castilla y León y su progresivo envejecimiento, conllevan el incremento del número de pacientes con esta patología oftálmica degenerativa.

La prescripción electrónica, la validación farmacéutica y la dispensación e imputación de consumo por paciente incorpora elementos de seguridad, calidad y eficiencia de la prestación, dada la multiplicidad de opciones terapéuticas y la próxima financiación de medicamentos biosimilares de ranibizumab en este área.

Es por ello, imprescindible potenciar el uso de las herramientas disponibles (Prescriptools, imputación por paciente en Farmatools..) y fomentar su utilización.

Este objetivo valora los pacientes en tratamiento de la DMAE y otras patologías relacionadas en tratamiento con antiangiogénicos y corticoides intraoftálmicos con el tratamiento indicado mediante prescripción electrónica hospitalaria, validación farmacéutica y asignación del consumo por paciente.

**4.2.c)** En el año 2022 se han enviado instrucciones a los Servicios de Farmacia Hospitalaria para realizar la parametrización de forma homogénea del Servicio de consumo (campo denominado "GFH" en Farmatools y Conclyia).

Es imprescindible la implicación del Servicio de Farmacia de Hospital en mejorar la calidad de la parametrización y de la imputación del consumo a nivel de Servicio en el Sistema de información de farmacia hospitalaria, de forma que se pueda explotar la información de seguimiento de consumo de biosimilares por Servicio y de la parametrización del Servicio de medicamentos con registro en VALTERMED con condiciones económicas por Servicio.

Asimismo, dicha información también servirá para el resto de los informes previstos de consumo por Servicio relacionados con el PROA.

Para la consecución de este objetivo, se han diseñado y realizado una serie de informes de Conclyia-Panacyl, que se han enviado a los servicios de Farmacia Hospitalaria y que estarán disponibles como informes predefinidos para los usuarios de Conclyia de los centros, como elemento de ayuda a la consecución del objetivo planteado.

*<sup>1</sup> En caso de que se constate una falta de aplicación de las condiciones especiales de financiación y precio de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud de tipo económico de obligado cumplimiento, incluido el registro en VALTERMED, se aplicará una minoración del presupuesto asignado a ese centro en función del impacto económico estimado que suponga la no aplicación de estas.*

*Dicha minoración de presupuesto se aplicará a PVL del medicamento menos deducción RDL8/2010 más IVA, multiplicado por el número de envases para los pacientes no registrados en VALTERMED.*

*<sup>2</sup> DMAE: Degeneración macular asociada a la edad.*

## FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

El seguimiento se realizará tanto a través de informes de adquisiciones y consumos en Conclyia/Panacyl adaptados específicos, como de los informes de seguimiento en VALTERMED.

## CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

La valoración del resultado para cada epígrafe incluye:

A) Medicamentos para los que estén vigentes en el Nomenclátor entre enero 2023 y diciembre 2023, entre sus condiciones de financiación y precio el registro en VALTERMED y condiciones económicas especiales.

B) El periodo de mayo 2023 hasta diciembre 2023.

<b>INDICADOR 4.3</b>	<b>IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES EXTERNOS</b>
<b>VALOR</b>	10 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	N.º de grupos de pacientes en los que se ha implantado el programa de mejora de la adherencia al tratamiento.
<b>FUENTE</b>	Datos finales sobre la implantación y resultados del programa, así como propuestas de mejora.
<b>ESTÁNDAR</b>	<p>Dos niveles de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel 1:</b> Implantación del programa en uno de los grupos de pacientes establecidos. Datos finales de implantación y resultados. (4p)</li> <li>• <b>Nivel 2:</b> Implantación del programa en los dos grupos de pacientes establecidos. Datos finales de implantación y resultados. (10p)</li> </ul>

El objetivo es revisar y adaptar el programa de mejora de la adherencia al tratamiento en los pacientes externos establecido en 2022 y extender su implantación a otros grupos de pacientes.

Se revisará y adaptará por el grupo de farmacéuticos de pacientes externos el programa de mejora de adherencia al tratamiento en los pacientes externos **antes del 30 de abril y se seleccionarán dos grupos de pacientes en los que se implantará (un grupo de pacientes oncohematológicos y uno de pacientes no oncohematológicos).**

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Informe sobre la implantación y resultados del programa, así como propuestas de mejora para cada grupo de pacientes establecidos.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

La implantación del programa tendrá una duración mínima de 6 meses en cada grupo de pacientes. Se realizará una **encuesta de satisfacción** a los pacientes después de la implantación del programa.

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

<b>INDICADOR 4.4</b>	<b>DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS DE RESIDENCIAS SOCIO SANITARIAS Y CAMP CON DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS VINCULADO AL HOSPITAL</b>
<b>VALOR</b>	10 puntos
<b>CÁLCULO</b>	Implantación de programa y resultados finales
<b>FUENTE</b>	Datos finales sobre la implantación y resultados del programa, atendiendo al % de pacientes revisados, así como propuestas de mejora.
<b>ESTÁNDAR</b>	Dos niveles de cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel 1:</b> Implantación de un programa establecido. Datos finales. (4p)</li> <li>• <b>Nivel 2:</b> Implantación de dos programas. Datos finales. (10p)</li> </ul>

Se realizará una intervención sobre pacientes polimedicados de residencias sociosanitarias y CAMP con depósito de medicamentos (suministro y atención farmacéutica) vinculado a Servicio de Farmacia de hospitales de Sacyl.

Cada programa por grupo terapéutico se definirá sobre las propuestas del grupo de trabajo de farmacéuticos de residencias, coordinado desde la Dirección Técnica de Farmacia.

#### Hospitales que no tienen residencias de suministro directo

Aquellos hospitales que no tienen vinculado un depósito de medicamentos en centros sociosanitarios (hospitales: Santos Reyes, Medina del Campo y Clínico Universitario de Valladolid) como objetivo realizarán la revisión del plan terapéutico en pacientes polimedicados hospitalizados que cumplan ciertos criterios (p.e. polimedicados de 1 o 2 servicios: M. Interna, Cardiología, Neurología...). Para el cumplimiento del objetivo se valorará la propuesta de programa que enviará el centro, así como el desarrollo y resultados de este.

El objetivo es revisar y adaptar el programa de mejora de la adherencia al tratamiento en los pacientes externos establecido en 2022 y extender su implantación a otros grupos de pacientes.

Se revisará y adaptará por el grupo de farmacéuticos de pacientes externos el programa de mejora de adherencia al tratamiento en los pacientes externos **antes del 30 de abril y se seleccionarán dos grupos de pacientes en los que se implantará (un grupo de pacientes oncohematológicos y uno de pacientes no oncohematológicos).**

#### FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

Informe sobre la implantación y resultados del programa, así como propuestas de mejora para cada grupo de pacientes establecidos.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

La implantación del programa tendrá una duración mínima de 6 meses en cada grupo de pacientes. Se realizará una **encuesta de satisfacción** a los pacientes después de la implantación del programa.

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

**OBJETIVO 5**  
**Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (Z.IRAS)**

<b>INDICADOR 5</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA MEDIANTE LA APLICACIÓN Z.IRAS</b>		
<b>VALOR</b>	20 puntos.		
<b>CÁLCULO</b>	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.		
<b>FUENTE</b>	Informes obtenidos de Z.IRAS.		
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>Nivel 1</b>	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%
	<b>Nivel 2</b>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Staphylococcus aureus resistente a meticilina.</li> <li>• Enterobacterias productoras de carbapenemasas: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp.</li> <li>• Clostridium difficile.</li> </ul>	30%
	<b>Nivel 3</b>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Staphylococcus aureus resistente a meticilina.</li> <li>• Enterococcus spp. resistente a glucopéptidos.</li> <li>• Enterobacterias resistentes a cefalosporinas de tercera generación: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp.</li> <li>• Enterobacterias productoras de carbapenemasas: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp.</li> <li>• Clostridium difficile.</li> <li>• Acinetobacter baumannii resistente a carbapenems.</li> <li>• Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenems.</li> </ul>	40%
	<b>Nivel 4</b>	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 6

### Mejora de la seguridad de la práctica clínica en áreas críticas

<b>INDICADOR 6</b>	<b>ÍNDICE DE SEGURIDAD EN ÁREAS CRÍTICAS (ISAC)</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	$ISAC = (0,18 \text{ UCI-Z} + 0,27 \text{ CS-IQZ} + 0,55 \text{ LVSQ}) \times 20$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• UCI-Z: Proyectos Zero en los Servicios de Medicina Intensiva.</li> <li>• IQZ-CS: despliegue del Proyecto Infección Quirúrgica Zero-Cirugía Segura.</li> <li>• LVSQ: utilización del listado de verificación quirúrgica en el hospital.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuadros de mando on-line Proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero e ITU Zero.</li> <li>• Plan de acción y cuadro de mando on-line del Proyecto Cirugía Segura-Infección Quirúrgica Zero.</li> <li>• Cuadro de mando de verificación de la seguridad quirúrgica.</li> </ul>
<b>ESTÁNDAR</b>	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%
- Área de Valladolid Este: HCUV: 85%, HMC: 15%

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

<p><b>SUBINDICADOR UCI-Z</b></p>	<p><b>Resultados de los Proyectos Zero en los Servicios de Medicina Intensiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bacteriemia Zero:</b> Densidad de incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva.</li> <li>• <b>Neumonía Zero:</b> Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva.</li> <li>• <b>Resistencia Zero:</b> Tasa de pacientes con una o más infecciones por bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI.</li> <li>• <b>ITU Zero:</b> Densidad de incidencia de infección del tracto urinario (ITU) asociada a sonda urinaria (SU) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva.</li> </ul>
<p><b>CÁLCULO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacteriemia Zero: N° de bacteriemias primarias y asociadas a catéter venoso central x 1.000 / N° de días con catéter venoso central.</li> <li>• Neumonía Zero: N° de neumonías asociadas a ventilación mecánica x 1.000 / N° de días con ventilación mecánica.</li> <li>• Resistencia Zero: N° de pacientes con una o más infecciones por BMR adquiridas en UCI x 1.000 / N° de días de estancia en UCI.</li> <li>• ITU Zero: N° de episodios de ITU asociados a sondaje urinario x 1.000 / N° de días con sondaje urinario.</li> </ul> <p>El periodo de estudio corresponderá a todo el año 2023 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.</p>
<p><b>FUENTE</b></p>	<p>Cuadro de mando on-line de los Proyectos Zero (Bacteriemia, Neumonía, Resistencia e ITU Zero).</p>
<p><b>ESTÁNDAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacteriemia Zero: ≤ 3 episodios de bacteriemia por mil días de catéter venoso central.</li> <li>• Neumonía Zero: ≤ 7 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica.</li> <li>• Resistencia Zero: ≤ 1,3 pacientes con infecciones por BMR adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI.</li> <li>• ITU Zero: ≤ 2,7 episodios de ITU-SU por 1000 días de sondaje urinario.</li> </ul>
<p><b>CRITERIOS DE VALORACIÓN</b></p>	<p>Cumple los estándares de los cuatro proyectos = 1 No cumple = 0</p>

**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 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 normogluceemia) 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 (no de intervenciones programadas realizadas con y sin ingreso).

ESTÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	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](mailto:calidad.grs@saludcastillayleon.es), antes del 15 de febrero de 2024, 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 7 Transformación digital

<b>INDICADOR</b>	<b>DESPLIEGUE DE NUEVOS MÓDULOS DE LA HCE ÚNICA: CIRUS Y GESTOR PETICIONES DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<p><b>Indice de despliegue de nuevos módulos HCE-AH= [(0,4 A)+ (0,1 B)+ (0,5C)] x 15</b></p> <p>A. Utilización del gestor de peticiones de pruebas radiológicas: N° peticiones de pruebas radiológicas (cualquier modalidad) solicitadas a través de PDIA* 100 / (N° de pruebas urgentes realizadas + n° solicitudes de pruebas programadas procedentes del hospital)</p> <p>B. Planificación y preparación del despliegue del módulo de atención al paciente. quirúrgico (CIRUS) de acuerdo a las recomendaciones de la GRS.</p> <p>C. Utilización de los módulos de CIRUS, de acuerdo al cronograma propuesto por la DG Salud Digital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utilización de CIRUS CEX de cirugía= N° consultas de cirugía con inclusión en LEQ realizadas en CIRUS/N° de registros de entradas en LEQ (HIS) x 100 (en el mismo periodo).</li> <li>- % de utilización de CIRUS CEX de preanestesia = N° consultas (formularios) de preanestesia realizadas en CIRUS/ N° de citas en consulta de preanestesia realizadas (HIS) x 100 (en el mismo periodo).</li> <li>- % de utilización de CIRUS fase de programación = N° intervenciones programadas* en CIRUS/N° total de intervenciones con episodio de quirófano en HIS x 100 (en el mismo periodo).</li> <li>- % de utilización de la fase prequirúrgica/intraquirúrgica/postquirúrgica de CIRUS = N° intervenciones programadas* con registros en la fase prequirúrgica/ intraquirúrgica/postquirúrgica de CIRUS/ N° de intervenciones programadas* en CIRUS x 100 (en el mismo periodo).</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	<p>A: Gestor peticiones Rx. Ficheros LECYT, BISION. HIS/RIS.</p> <p>B: Proyecto remitido por el hospital a la DG Salud Digital.</p> <p>C: CIRUS. HIS.</p>
<b>ESTÁNDAR</b>	<p>A: &gt;40%</p> <p>B: Planificación realizada de acuerdo a las recomendaciones de la GRS</p> <p>C: &gt;80% en la fase de consultas y programación / &gt;40% en las fases pre-intra y postquirúrgica / &gt;80% informe CMA.</p>

### INDICADOR A: UTILIZACIÓN DEL GESTOR DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS

**Explicación de los términos del indicador:** En este momento, disponemos de un gestor corporativo de peticiones de pruebas radiológicas urgentes que, en los próximos meses, se habilitará para su uso para pruebas programadas.

**Criterios de valoración del resultado obtenido:** Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible que en el 4T de 2023 el gestor haya sido desplegado en el hospital.

**Valoración:** En caso de alcanzar el estándar (>40%), la puntuación asignada será 1. Si el hospital alcanza el 20%, será 0,5. Por debajo del 20%, no se asignará puntuación.

**INDICADOR B: PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DEL DESPLIEGUE DEL MÓDULO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO (CIRUS)**

**Explicación de los términos del indicador:** El nuevo módulo de atención al paciente quirúrgico permite la atención y gestión de los pacientes programados desde su entrada en lista de espera hasta su salida de la URPA o su marcha al domicilio tras CMA. La aplicación permite la gestión completa de los pacientes CMA a lo largo de todo su proceso de atención, además de la atención de pacientes que requieren una intervención urgente. El módulo ha sido configurado para facilitar el despliegue de los proyectos de seguridad del paciente (no hacer preoperatorio, programa ahorro de sangre, infección quirúrgica zero, cirugía segura, vía RICA...), mejorar la programación quirúrgica, minimizar las estancias prequirúrgicas y disminuir el riesgo de cancelaciones.

**Criterios de valoración del resultado obtenido:** Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible que el centro elabore y remita un proyecto de despliegue a la DG Salud Digital, antes del comienzo de la implantación, de acuerdo a las recomendaciones facilitadas por la GRS.

**Valoración:** Si el centro alcanza el estándar, la puntuación asignada será 1, en caso contrario, será 0.

**INDICADOR C: UTILIZACIÓN DE CIRUS, DE ACUERDO AL CRONOGRAMA PROPUESTO POR LA DG SALUD DIGITAL**

**Explicación de los términos del indicador:** El despliegue de CIRUS se realizará en 3 fases: fase 1 consultas, fase 2 programación y fases 3 pre-intra y postquirúrgicas. En 2023, comenzará implantándose el módulo de consultas y, semanas después, el módulo de programación. La DG de Salud Digital acordará con cada hospital, su cronograma específico de implantación.

**Criterios de valoración del resultado obtenido:** Se valorará el % de uso de CIRUS durante el 4T de 2023, de acuerdo al cronograma propuesto al hospital por la DG Salud Digital.

**Valoración:** Si el centro alcanza el estándar de uso en todos los módulos que han sido desplegados, la puntuación asignada será 1. Si lo supera en uno de ellos, se le asignará 0,5.

<b>INDICADOR</b>	<b>ÍNDICE DE CALIDAD Y MEJORA EN EL REGISTRO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN AH</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<b>ICMSIH (0,4 A + 0,2 B+ 0,4 C) x 15</b> 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).
<b>FUENTE</b>	CMBD, SIAE, Ficheros LECYT.
<b>ESTÁNDAR</b>	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.

#### INDICADOR A: COBERTURA TRIMESTRAL EN LA CODIFICACIÓN DEL RAE-CMBD DE HOSPITALIZACIÓN

**Cálculo:** N° de procesos codificados trimestralmente x 100/ N° 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 la DG Salud Digital 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:** N° de procesos de CMA codificados trimestralmente x 100 / N° de procesos de CMA 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 la DG Salud Digital 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:**  $N^{\circ}$  de registros correctamente cumplimentados en cada fichero  $\times$  100 /  $N^{\circ}$  total de registros.

**Fuente:** Ficheros LECYT enviados por los centros. Informe de la Dirección General de Salud Digital.

**Estándar:**  $\geq$  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  $\geq$  95% de los casos.
- Los ficheros serán enviados mensualmente a la DG Salud digital 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%

# OBJETIVOS ÁREA DE SALUD

## OBJETIVO 1

### Actividades de intervenciones educativas y asesoras por equipos PROA

<b>INDICADOR 1</b>	<b>REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS E INTERVENCIONES ASESORAS POR LOS EQUIPOS PROA</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	<p><b>Actuaciones desarrolladas en los ámbitos de primaria y hospitalaria de los equipos PROA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación PROA nivel básico del PRAN: cumplir los criterios mínimos y óptimos para alcanzar la certificación PROA nivel básico del PRAN.</li> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	<p>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.</p> <p>15 de diciembre de 2024: Memoria de actividades realizadas adaptada a los criterios recogidos en el apartado estándar.</p>
<b>ESTÁNDAR</b>	<p>Tres criterios de cumplimiento (acumulables entre sí):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio 1:</b> alcanzar los estándares de certificación PROA nivel básico (10 puntos)</li> <li>• <b>Criterio 2:</b> realizar intervenciones educativas o cumplir dos estándares del nivel avanzado o excelente de acreditación (4 puntos)</li> <li>• <b>Criterio 3:</b> realizar intervenciones asesoras (6 puntos)</li> </ul>

#### EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR:

##### i. 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.

## ii. 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.

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

## OBJETIVO 2

### Despliegue de las recomendaciones NO HACER consensuadas por las Sociedades Científicas

<b>INDICADOR 2</b>	<b>ÍNDICE DE DESPLIEGUE DE LAS RECOMENDACIONES NO HACER (INOHACER)</b>
<b>VALOR</b>	20 puntos
<b>CÁLCULO</b>	<p><b>INOHACER = (0,20 RES1 + 0,25 RES2 + 0,30 RES3 + 0,25 nBP) x 20</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RES1: Proporción de unidades que han obtenido buenos resultados en al menos una recomendación NO HACER.</li> <li>• RES2: Proporción de unidades que han obtenido buenos resultados en al menos dos recomendaciones NO HACER.</li> <li>• RES3: Proporción de unidades que han obtenido buenos resultados en al menos tres recomendaciones NO HACER.</li> </ul> <p><b>nBP: Número de buenas prácticas desarrolladas.</b></p>
<b>FUENTE</b>	Cuadros de mando del proyecto NO HACER. Informes de buenas prácticas desarrolladas.
<b>ESTÁNDAR</b>	<p>RES1, RES2 y RES3: Se considerará que una unidad ha obtenido buenos resultados en una recomendación cuando en el último trimestre de 2023 se de alguna de estas 3 situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El valor del indicador utilizado para monitorizar la recomendación esté por debajo del percentil 25 de Sacyl (en el caso de indicadores monitorizados corporativamente).</li> <li>• Ha experimentado un descenso de un 20% respecto a la situación basal previa a la implantación de la recomendación.</li> <li>• La unidad ha realizado un estudio de adecuación que indica que ésta se encuentra por encima del 80%.</li> </ul> <p><b>BP: Se considerará buena práctica aquella que reúna los criterios establecidos a nivel corporativo.</b></p>

#### 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 las recomendaciones NO HACER que correspondan a su ámbito de aplicación.

### **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](mailto:calidad.grs@saludcastillayleon.es), antes del 15 de febrero de 2024, 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%

**OBJETIVO 3**  
Prevenición de las IRAS y del desarrollo de resistencias bacterianas mediante la higiene de manos

<b>INDICADOR 3</b>	<b>COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS (HM) EN LA ASISTENCIA SANITARIA</b>			
<b>VALOR</b>	20 puntos			
<b>CÁLCULO</b>	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.			
<b>FUENTE</b>	Cuadro de mando del plan de HM Documentos de compromiso con la HM			
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>HM</b>	<b>NIVEL</b>	<b>VALOR ASIGNADO AL INDICADOR</b>	
		<b>Compromiso con la HM</b>	<b>Máximo 40 %</b>	
	<b>Nivel 1</b>	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%	
		<b>RESULTADOS EN HM</b>	<b>Máximo 40 %</b>	
			<b>HOSP</b>	<b>AP</b>
	<b>Nivel 2</b>	Incremento $\geq$ 20% en el consumo de productos de base alcohólica (PBA) con respecto al año 2022	15%	20%
		El consumo de PBA es $\geq$ a los estándares <sup>1</sup>	25%	30%
		El consumo de PBA de los últimos 2 años es $\geq$ a los estándares <sup>1</sup>	30%	40%
		Se realiza observación <sup>2</sup> en $\geq$ 50% de las unidades de hospitalización	10%	-
		Se realiza observación <sup>2</sup> en $\geq$ 50% de las unidades de hospitalización con adherencia global $\geq$ 50%	20%	-
<b>Nivel 3</b>	<b>Se alcanzan las máximas puntuaciones en los niveles 1 y 2</b>	<b>100%</b>		

<sup>1</sup>Estándares de consumo de PBA 2023:

- Hospitalización en servicios médicos o quirúrgicos  $\geq 30$  litros PBA/1.000 estancias.
- Hospitalización en unidades de críticos  $\geq 80$  litros PBA/1.000 estancias.
- Atención primaria  $\geq 3$  litros PBA/10.000 consultas.

<sup>2</sup>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](mailto:calidad.grs@saludcastillayleon.es), antes del 15 de febrero de 2024, 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%

## OBJETIVO 4

### Mejora de la seguridad de la práctica clínica mediante SISNOT

<b>INDICADOR 4</b>	<b>NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:</b>		
<b>VALOR</b>	15 puntos		
<b>CÁLCULO</b>	<p>Nº servicios hospitalarios y centros de atención primaria que utilizan1 un sistema de notificación relacionado con la seguridad del paciente.</p> <p><sup>1</sup>Se considera que un servicio/unidad/gerencia utiliza SISNOT para aprender e introducir mejoras cuando se dan estas tres circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibe <math>\geq 10</math> notificaciones/año.</li> <li>2. Analiza más del 90% de las notificaciones recibidas proponiendo mejoras e</li> <li>3. Implanta, al menos, el 25% de estas mejoras.</li> </ol>		
<b>FUENTE</b>	Informes obtenidos de SISNOT		
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>NIVEL</b>	<b>ALCANCE EN LA UTILIZACIÓN DE SISNOT</b>	<b>VALOR ASIGNADO AL INDICADOR</b>
	<b>Nivel 1</b>	La gerencia utiliza SISNOT para aprender e introducir mejoras.	40%
	<b>Nivel 2</b>	Al menos 2 servicios del hospital o 2 centros de salud utilizan 70% SISNOT.	70%
	<b>Nivel 3</b>	<p>En el Área de Salud utilizan SISNOT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 centros de salud.</li> <li>• 3-5 servicios del hospital (según tamaño del centro): <ul style="list-style-type: none"> <li>-HMC, HSA y HSR: 3 servicios.</li> <li>- CAAV, CASE, CASO, CAUPA, CAZA y HBI: 4 servicios.</li> <li>-CAUBU, CAULE, CAUSA, HCUV y HURH: 5 servicios.</li> </ul> </li> </ul>	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%

## OBJETIVO 5 Reducción de las denominaciones incorrectas en MANSIS

<b>INDICADOR 5.1</b>	<b>REDUCCIÓN DE DENOMINACIONES INCORRECTAS</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Reducción anual en más de 6.000 errores o presentar a final de año menos de 50 denominaciones incorrectas.
<b>FUENTE</b>	MANSIS
<b>ESTÁNDAR</b>	Ausencia de denominaciones incorrectas en MANSIS a fecha 31 de diciembre de 2023.

### CRITERIOS DE VALORACIÓN

Por la disminución de un 65% de las denominaciones incorrectas a fecha de 1 de noviembre de 2022, se obtendrá la mitad de la puntuación. Por la disminución entre 65-85% se obtendrá un cuarto extra de la puntuación. Por la disminución igual o superior al 85% se obtendrá toda la puntuación.

<b>INDICADOR 5.2</b>	<b>CORRESPONDENCIA TOTAL ENTRE SIAE Y MANSIS EN EQUIPAMIENTO DE ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Se comparan existencias en MANSIS y en SIAE a 31 de diciembre de 23 tipos de equipos de alta tecnología. Se precisa que la correspondencia sea exacta en las 23 categorías.
<b>FUENTE</b>	MANSIS y SIAE
<b>ESTÁNDAR</b>	Correspondencia completa entre SIAE y MANSIS en las unidades de equipos de alta tecnología médica a fecha de 31 de diciembre del año 2023.

## OBJETIVO 6

### Disminuir la siniestralidad laboral por accidentes de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo

<b>INDICADOR 6</b>	<b>ÍNDICE DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA LABORAL</b>
<b>VALOR</b>	15 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	$\text{N}^\circ \text{ accidentes en jornada de trabajo con baja laboral ocurridos en el año} * 100.000 / \text{N}^\circ \text{ trabajadores activos en el año.}$
<b>FUENTE</b>	Cuadro de mando de siniestralidad de Pérsigo PRL. Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional.
<b>ESTÁNDAR</b>	Estándares específicos por Áreas de Salud y Gerencia Emergencias Sanitarias.

Para la determinación del objetivo anual se tomarán como referencia los resultados definitivos de cada Área obtenidos en los tres años naturales inmediatamente anteriores. La media de los tres años se comparará con la media del conjunto de Sacyl en dicho periodo.

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

- Reducción del 5% para las Áreas en las que su Índice de Incidencia de referencia se encuentre por encima del Índice de Incidencia del conjunto de Sacyl.
- Cualquier reducción para las Áreas en las que su Índice de Incidencia de referencia sea inferior al del conjunto de Sacyl.

**El objetivo de la Gerencia de Emergencias Sanitarias**, en atención a sus peculiares características, se obtendrá calculando la mediana de los resultados de los tres años naturales mencionados anteriormente.

Los objetivos individualizados por Áreas de Salud y Emergencias Sanitarias se fijarán a principios de 2023, una vez que se conozcan los datos definitivos de siniestralidad de 2022.

## OBJETIVO 7

### Mejorar la calidad de la formación de especialistas en Ciencias de la Salud en los centros sanitarios de la Gerencia Regional de Salud

<b>INDICADOR 7</b>	<b>MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA FSE</b>
<b>VALOR</b>	50 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Índice de mejora (IC) = $\sum$ de los indicadores ponderados: IC=IC1+IC2+IC3+IC4+IC5. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador I1: de servicio: número de tutores acreditados por servicio/centro.</li> <li>• Indicador I2: Participación de los tutores en actividades de formación.</li> <li>• Indicador I3: Realización del 100% del PTC.</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Actas de Comisión de Docencia. Datos procedentes de Gestion@FC. Portal de Salud / Intranet
<b>ESTÁNDAR</b>	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 I<sub>1</sub>: NÚMERO DE TUTORES ACREDITADOS POR SERVICIO/PROFESIONALES DEL SERVICIO ACREDITABLES

**Cálculo:** Número de tutores acreditados/profesionales del servicio acreditables.

**Fuente:** Comisiones de docencia.

**Estándar:** 50%

**Valoración:**

- Entre el 50-70%: 10 puntos.
- Mas del 70%: 20 puntos.

#### INDICADOR I<sub>2</sub>: 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 actividades en metodologías docentes.

**Valoración:** Más de 50% de tutores ha realizado al menos una actividad: 10 puntos.

#### INDICADOR I<sub>3</sub>: REALIZACIÓN DEL 100% DEL PTC.

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

**Fuente:** 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 las actividades del Plan Transversal Común planificadas.

**Valoración:** realización del 100% del PTC: 20 puntos.

## OBJETIVO 8

Mejora de la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica a través de receta en el Área de Salud. 150 puntos

### ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA Y CALIDAD EN PRESCRIPCIÓN A TRAVÉS DE RECETA. VALORACIÓN GSA

OBJETIVOS GENERALES		ESTANDAR	PTOS.
<b>Cumplir el presupuesto de prestación farmacéutica a través de receta (cap IV)</b> 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, hasta la puntuación máxima del objetivo.		≤98%	150
		>98% y ≤99%	110
		>99% y ≤100%	90
		>100% y ≤101%	35
VIII.1	Selección de IBP eficientes.	≥ 77% ≥ 70% y <77%	6 4
VIII.2	Selección de Estatinas eficientes.	≥23% ≥18 % y <23%	5 4
VIII.3	Selección de IECA y ARAII eficientes.	≥57 % ≥51% y <57%	6 4
VIII.4	Selección de antidepresivos eficientes.	≥ 45% ≥37% y <45%	6 3
VIII.5	% Selección en osteoporosis eficientes.	≥58 % ≥50% y <58 %	6 3
VIII.6	% de opioides mayores No eficientes.	≤ 30% 30>% y ≤35%	6 3
VIII.7	% CPA con EFG.	≥73 % ≥70% y <73%	4 3
VIII.8	% biosimilares del PA insulina glargina.	≥14% ≥10% y <14%	5 3
VIII.9	% de enoxaparina biosimilar en relación con el total de HBPM.	≥32% ≥25% y <32%	5 3
VIII.10	% selección análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina eficiente (Leuprorelina).	≥68% ≥61% y < 68%	6 4
VIII.11	Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO.	>5%	10
VIII.12	Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente.	>10%	10
VIII.13	Revisión del plan terapéutico: consulta de informe de priorización de pacientes a revisar.	>30%	10

Al finalizar el año, se realizarán ajustes presupuestarios motivados por alguna de las siguientes circunstancias:

- Variaciones relevantes de población de 2023 frente a la población 2022.
- Variaciones relevantes en las recetas dispensadas a pacientes de otras Comunidades Autónomas.
- Implantación de nuevas medidas estructurales con impacto en el gasto farmacéutico computado en capítulo IV.

La fuente de todos los indicadores es el Sistema de Información de consumo farmacéutico Concyliia.

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR

INDICADORES	DEFINICIONES	OBJETIVO
% Eficientes IBP	% de DDD de inhibidores de bomba de protones (IBP) eficientes frente al total de DDD de IBP <b>PA eficiente:</b> omeprazol (A02BC01).	↑ Crecer
% Eficientes Estatinas	% de DDD de estatinas eficientes frente al total de DDD de estatinas <b>PA eficiente:</b> 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. <b>PA eficiente:</b> 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. <b>PA eficiente:</b> fluoxetina (N06AB03), citalopram (N06AB04), paroxetina (N06AB05), sertralina (N06AB06).	↑ Crecer
% de opioides mayores No eficientes	% DDD opioides mayores NO eficientes respecto del total de opioides mayores (N05A). <b>PA NO eficientes:</b> fentanilo de liberación rápida (N02AB03- determinados conjuntos), oxicodona 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) + romosozumab (M05BX06). <b>PA eficiente:</b> alendrónico (M05BA04), ibandrónico (M05BA06) , risedrónico (M05BA07) y alendronato+colecalciferol (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
Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO	Se considerarán todas las intervenciones registradas a lo largo del año 2023 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, ≥75 años y ≥8 PA.	
Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente	Se considerarán todas las intervenciones registradas a lo largo del año 2023 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, ≥75 años y ≥8 PA. El denominador de ambos indicadores es orientativo en relación a la población candidata. Se tendrán en cuenta todas las intervenciones realizadas en cualquier paciente.	
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.	

## OBJETIVO 9

### Estrategia de Colaboración en la Gestión de la Incapacidad Temporal de profesionales de los Centros Propios de la Gerencia Regional de Salud

Establecer un marco de colaboración para la mejora de la Gestión de la Incapacidad Temporal entre profesionales de los centros propios de la Gerencia Regional de Salud con el fin de acercar los indicadores de Incapacidad Temporal a los de la población general

<b>INDICADOR 9</b>	<b>ESTRATEGIA DE COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN PROFESIONALES DE LOS CENTROS PROPIOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD</b>
<b>VALOR</b>	30 puntos.
<b>CÁLCULO</b>	Para el cálculo de la puntuación total se concederá un 20% a la remisión mensual de los datos, un 40% a la elaboración del informe de propuestas y acciones de mejora emprendidas y el 40% restantes a las reuniones llevadas a cabo, valorando cada una en un 10% y siendo obligatorio mantener dos reuniones al año para que se evalúe este objetivo.
<b>FUENTE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe de propuestas y acciones de mejora emprendidas remitido desde la Dirección Gerencia de Área o Gerencia de Asistencia Sanitaria.</li> <li>Remisión de las actas de las reuniones* al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud.</li> <li>Remisión mensual de los datos al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud.</li> </ol>
<b>ESTÁNDAR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe de propuestas y acciones de mejora emprendidas de Gestión de la Incapacidad Temporal en profesionales de los Centros Propios de la Gerencia Regional de Salud remitido con carácter anual al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud desde la Dirección Gerencia de Área o Gerencia de Asistencia Sanitaria.</li> <li>Remisión de las actas de las reuniones trimestrales al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud desde la Dirección Gerencia de Atención Especializada o Gerencia de Asistencia Sanitaria.</li> <li>Remisión mensual de los datos** de Incapacidad Temporal en profesionales de los centros propios al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud desde la Gerencia de Área o Gerencia de Asistencia Sanitaria.</li> </ol>

\*A las reuniones deberán acudir representantes de Dirección Gerencia de Área o Asistencia Sanitaria, Dirección Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión de Atención Primaria y Atención Especializada, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Servicio de Inspección.

\*\*El envío de datos se realizará según Instrucción de la D. G. A. S 01/2012 al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud.

#### Fuente:

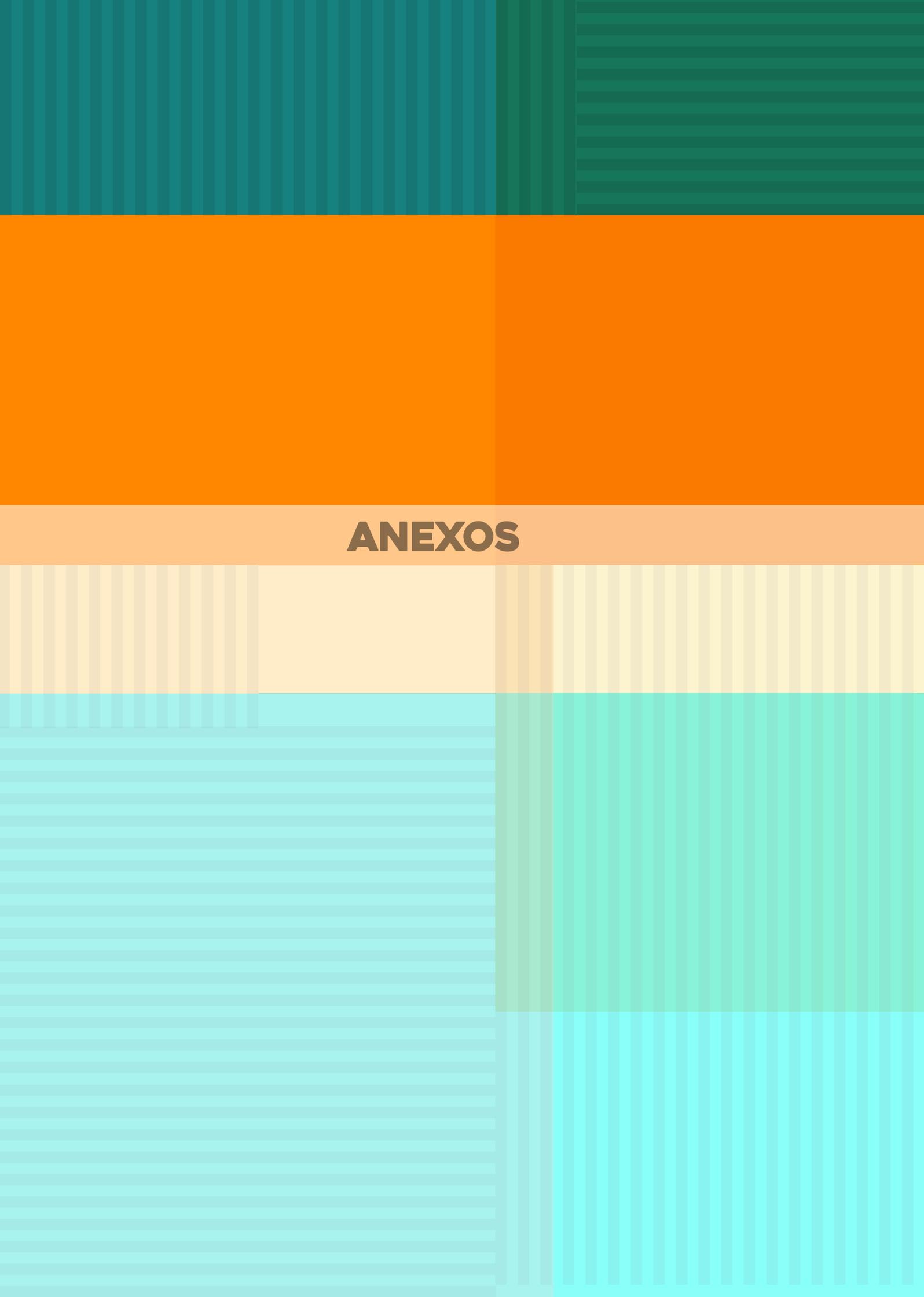
Plan de gestión de calidad docente y documentos relacionados e informes de coordinación y difusión con evidencias de realización.

Actas de la comisión de docencia.

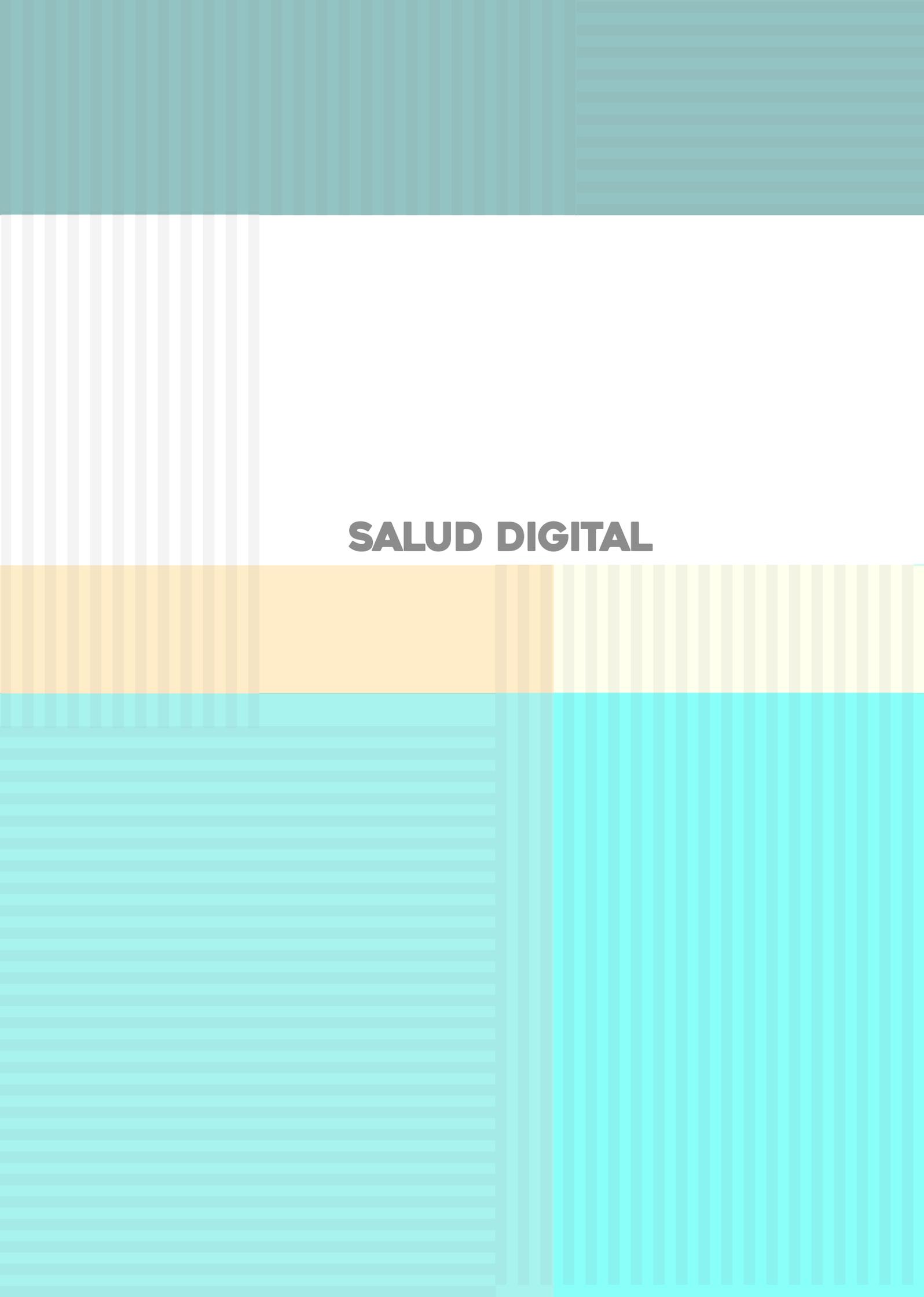
Portal de Salud/Intranet.

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

**Valoración:** realización del 100% del PTC: 10 puntos.



**ANEXOS**



**SALUD DIGITAL**

<b>INDICADOR</b>	<b>IMPLANTACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>VALOR</b>	40 puntos
<b>CÁLCULO</b>	<p>Indice Efectividad ICNP = (AxB) x 40</p> <p>Indicador A = Puntuación asignada según el % porcentaje de interconsultas no presenciales AP-AH / total de solicitudes de primeras consultas externas en el Área de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: <math>\geq 15\%</math> (3 puntos)</li> <li>• Nivel 2: <math>\geq 10\%</math> (2 puntos)</li> <li>• Nivel 3: <math>\geq 5\%</math> (1 punto)</li> </ul> <p>Indicador B = Puntuación asignada según la capacidad resolutive media de la ICNP en el Área de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: <math>\geq 50\%</math> (3 puntos)</li> <li>• Nivel 2: <math>\geq 40\%</math> (2 puntos)</li> <li>• Nivel 3: <math>\geq 30\%</math> (1 punto)</li> </ul>
<b>FUENTE</b>	BISION
<b>ESTÁNDAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de cumplir IEICNP <math>\geq 9</math>, la puntuación será el 100% de la asignada al indicador</li> <li>• Si el área alcanza IEICNP <math>\geq 5</math>, el 75%</li> <li>• Si consigue IEICNP <math>\geq 1</math>, el 50%</li> </ul>

### CÁLCULO

#### INDICADOR A = INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES AP-AH SOBRE EL TOTAL DE SOLICITUDES DE PRIMERAS CONSULTAS EXTERNAS

Nº de interconsultas no presenciales AP-AH / nº de solicitudes de primeras consultas externas realizadas en el mismo periodo x 100

Nivel 1: > 15%, se puntuará con un 3

Nivel 2: > 10%, se puntuará con un 2

Nivel 3: > 5%, se puntuará con un 1

#### INDICADOR B = CAPACIDAD RESOLUTIVA MEDIA DE LA ICNP EN EL ÁREA DE SALUD (CONSULTAS RESUELTAS CON RESULTADO ALTA)

Nivel 1: > 50%, se puntuará con un 3

Nivel 2: > 40 %, se puntuará con un 2

Nivel 3: > 30%, se puntuará con un 1

### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR

El objetivo del indicador es evaluar el uso de la ICNP como herramienta para mejorar la continuidad asistencial, flexibilizar la atención al paciente, facilitar la accesibilidad a los recursos y minimizar barreras e inconvenientes inherentes a la atención presencial y contribuir simultáneamente a aumentar la capacidad resolutive de atención primaria.

**Fuente:** BISION

**Estándar:** IEICNP  $\geq 9$ , IEICNP  $\geq 5$ , IEICNP  $\geq 1$

**Criterios de valoración del resultado.** Se valorarán las interconsultas no presenciales y las solicitudes de primeras consultas realizadas al hospital desde el 1 de enero hasta 31 de diciembre de 2023 y la capacidad resolutive media de la ICNP en el Área de Salud (% consultas resueltas con resultado ALTA).

**Valoración:**

- En caso de cumplir IEICNP  $\geq 9$ , la puntuación será el 100% de la asignada al indicador
- Si el área alcanza IEICNP  $\geq 5$ , el 75%
- Si consigue IEICNP  $\geq 1$ , el 50%

INDICADOR	ACTIVIDAD DEL RESPONSABLE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
VALOR	10 puntos.
CÁLCULO	<p><b>Actividad del Responsable de Seguridad = A x (10 - B + C)</b></p> <p>A: Responsable de Seguridad del área nombrado oficialmente, en vigor y comunicado su nombramiento a la DG de Salud Digital.</p> <p>B: Nº de sistemas de información no identificados y/o no comunicados a la DG Salud Digital en el área antes de proceder a su decisión de implantación o a su contratación.</p> <p>C: Nº de solicitudes de evaluación de nuevos sistemas de información o de modificación de uno existente desde la perspectiva de seguridad.</p>
FUENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe DG Salud Digital (evaluación de A y B).</li> <li>• Informes de evaluación remitidos por el hospital a la DG Salud Digital (evaluación C).</li> </ul>
ESTÁNDAR	<p>A: responsable nombrado y comunicado a la DG Salud Digital.</p> <p>B: 0</p>

### EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR

La Política de Seguridad de Sistemas de Información requiere, para su aplicación, que todos los centros tengan su Responsable de Seguridad nombrado y sea operativo. En este sentido, para la determinación de su actividad se utilizarán los siguientes indicadores:

#### INDICADOR A: RESPONSABLE DE SEGURIDAD DEL ÁREA NOMBRADO OFICIALMENTE, EN VIGOR Y COMUNICADO SU NOMBRAMIENTO A LA DG DE SALUD DIGITAL

**Fuente:** Informe DG Salud Digital.

**Valoración:** Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible que se haya producido la comunicación oficial a la Dirección General. En caso de cumplir el estándar, la puntuación asignada para este indicador será 1, en caso contrario será 0.

Entre las funciones del responsable de seguridad se encuentra la de “Identificar los sistemas de información de su centro, mantener el inventario actualizado de los mismos y categorizarlos en colaboración con los recursos de la Gerencia Regional de Salud”.

Derivado de esta función se establecen los siguientes indicadores:

#### INDICADOR B: Nº DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN NO IDENTIFICADOS Y/O NO COMUNICADOS A LA DG SALUD DIGITAL EN EL ÁREA ANTES DE PROCEDER A SU DECISIÓN DE IMPLANTACIÓN O A SU CONTRATACIÓN.

**Fuente:** Informe DG Salud Digital

**Valoración:** Si el responsable de seguridad no comunica algún sistema de forma previa a su contratación -o en su defecto, la decisión de su implantación-, el valor del indicador será 2 para cada sistema hasta un máximo de 8.

**INDICADOR C: N° DE SOLICITUDES DE EVALUACIÓN DE NUEVOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN O DE MODIFICACIÓN DE UNO EXISTENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE SEGURIDAD.**

**Fuente:** Informe DG Salud Digital. Informes de evaluación remitidos por el hospital a la DG Salud Digital.

**Valoración:** Si el responsable de seguridad solicita la evaluación de un nuevo sistema de información o de la modificación de uno existente, el valor del indicador será 2 para cada sistema hasta un máximo de 5.

Si el indicador  $A \times (10 - B + C) > 10$ , la puntuación asignada será igual a 10 puntos.



# INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

## OBJETIVO 1

### Establecer y/o consolidar las estructuras y los sistemas de gestión de la I+i

Las organizaciones que cuentan con procesos de gestión de I+i definidos y se apoyan en las estructuras correspondientes, tanto en el liderazgo y toma de decisiones, como en la participación y en la gestión de la propia I+i, permiten a sus profesionales identificar oportunidades, dar curso a sus propuestas e ideas y generar conocimiento y valor para la organización y para la sociedad.

La base de la mejora de cualquier organización es la sistematización de sus procesos y la implementación de un ciclo de mejora continua que permita planificar, desplegar, medir y evaluar sus resultados e impactos.

#### ÍNDICE DE GESTIÓN DE LA I+i

$$IG = I_1 + I_2$$

INDICADOR 1	ESTRUCTURA DE LA I+i
<b>VALOR</b>	12.50 puntos
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Existencia de Comisión de Investigación (e Innovación) en el Área</b> Máx. 5               <ul style="list-style-type: none"> <li>- General (con docencia, formación...) 2.50</li> <li>- Específica de investigación (e innovación) 3.75</li> <li>- Conjunta entre AH y AP 5.00</li> </ul> </li> <li>• <b>Funcionamiento de la Comisión de Investigación (e Innovación)</b> Máx. 2.5               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº reuniones igual a 0 0</li> <li>- Nº reuniones menor de 4 1.25</li> <li>- Nº de reuniones mayor o igual a 4 2.50</li> </ul> </li> <li>• <b>Existencia de un responsable de Investigación y/o innovación en el Área</b> Máx. 2.5               <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la Gerencia del Hospital/es del Área 1.25</li> <li>- En la Gerencia de Atención Primaria del Área 1.25</li> <li>- En las Gerencias de Asistencia Sanitaria:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable en AP 1.25</li> <li>Responsable en AE 1.25</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Existencia de Unidad de apoyo a la investigación y la innovación</b> Máx. 2.5               <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el Área de Salud que preste apoyo a AE y AP 2.50</li> <li>- Solo para Atención especializada 1.25</li> <li>- Solo para Atención Primaria 1.25</li> </ul> </li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Memoria de Investigación e Innovación Anual.
<b>ESTÁNDAR</b>	El resultado será el sumatorio de la puntuación alcanzada en cada uno de los apartados. La puntuación total se corresponde con el valor máximo de todos los ellos.

<b>INDICADOR 2</b>	<b>SISTEMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA I+i</b>		
<b>VALOR</b>	12.50 puntos.		
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de objetivos asociados a los procesos de I+i 2.5</li> <li>• Existencia de líneas de investigación definidas 2.5</li> <li>• Existencia de plan de actuación de I+i con actividades de difusión, fomento, formación, asesoramiento o tutorización, difusión de resultados, reconocimiento... 2.5</li> <li>• Existencia de indicadores asociados a las actuaciones o procesos de I+i 2.5</li> <li>• Existencia de evaluación y propuestas de mejora de I+i 2.5</li> </ul>		
<b>FUENTE</b>	Memoria de Investigación e Innovación Anual.		
<b>ESTÁNDAR</b>	El resultado será el sumatorio de la puntuación alcanzada en cada uno de los apartados. La puntuación total se corresponde con el sumatorio de todos ellos.		

## OBJETIVO 2

### Impulsar los procesos de investigación e innovación y transferencia de resultados a través de la traslación y la explotación

La base de la investigación y la innovación a nivel operativo se apoya en los procesos de investigación e innovación y transferencia de resultados que permiten a las estructuras orgánicas (servicios, unidades o centros) de los centros asistenciales desarrollar tareas encaminadas a conseguir la generación de conocimiento que propicie la producción científica, el diseño o rediseño de protocolos y guías de práctica clínica, el desarrollo de patentes o modelos de utilidad o la participación en estudios clínicos, entre otros resultados e impactos.

#### ÍNDICE DE PROCESOS Y RESULTADOS DE I+i IPR = I<sub>1</sub> + I<sub>2</sub>

INDICADOR 1	PROCESOS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
VALOR	12.50 puntos
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>• Liderazgo científico. Porcentaje de servicios hospitalarios, centros de salud del área u otras unidades dependientes de la gerencia en los que existe un responsable de investigación.</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún responsable: 0</li> <li>- Menor del 25% de los centros: 1.25</li> <li>- Mayor o igual del 25 % y menor al 50 %: 2.50</li> <li>- Mayor o igual del 50 % y menor del 90%: 3.75</li> <li>- Mayor o igual al 90%: 5</li> </ul> </li>   <li> <p><b>• Actividad. Proyectos de investigación/innovación activos financiados en convocatoria de concurrencia competitiva con participación del personal del área de salud</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 2.5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún proyecto: 0</li> <li>- Nº proyectos mayor o igual a 1 y menor de 10: 1.25</li> <li>- Nº de proyectos mayor o igual a 10: 2.50</li> </ul> </li>   <li> <p><b>• Recursos. Porcentaje de fondos de investigación/innovación captados revertidos en procesos de investigación/innovación del área de salud</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 2.5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0%: 0</li> <li>- Mayor del 0% y menor del 80%: 1.25</li> <li>- Mayor o igual a 80%: 2.50</li> </ul> </li> </ul>

<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Masa crítica de investigadores.</b></li> </ul>	<b>Máx. 2.5</b>
	<p><b>Porcentaje de profesionales sanitarios que forman parte de grupos de investigación</b></p>	
	- 0%	0
	- Mayor de 0% y menor de 50 %	0.625
	- Mayor o igual al 50 %	1.25
	<p><b>Porcentaje de profesionales sanitarios que participan en proyectos de investigación activos en convocatorias de concurrencia competitiva</b></p>	
	- 0%	0
	- Mayor de 0% y menor de 50 %	0.625
	- Mayor o igual al 50 %	1.25
<b>FUENTE</b>	Memoria de Investigación e Innovación Anual	
<b>ESTÁNDAR</b>	El resultado será el sumatorio de la puntuación alcanzada en cada uno de los apartados. La puntuación total se corresponde con el valor máximo de todos los ellos	

INDICADOR 2	PROCESOS DE TRANSFERENCIA DE RESULTADOS
<b>VALOR</b>	12.50 puntos
<b>CÁLCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>• Proyectos de investigación /innovación multinivel, multicentro, multiárea y multicategoría. Porcentaje de proyectos de investigación desarrollados entre investigadores de diferentes niveles (AP, AH, EMS), centros, áreas científicas y categorías</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno <span style="float: right;">0</span></li> <li>- Mayor del 0% y menor del 30% <span style="float: right;">1.25</span></li> <li>- Mayor o igual al 30% <span style="float: right;">2.50</span></li> </ul> </li>   <li> <p><b>• Impacto normalizado. Tasa de citación normalizada durante el periodo evaluado</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 2.5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor de 0,3% <span style="float: right;">0</span></li> <li>- 0,3-0,6 % <span style="float: right;">1.25</span></li> <li>- Mayor o igual a 0,6 % <span style="float: right;">2.50</span></li> </ul> </li>   <li> <p><b>• Visibilidad. Porcentaje de publicaciones, publicados en el último año, por investigadores del Área de Salud, en los que se recoge la filiación en los centros de la Gerencia Regional de Salud</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 2.5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor del 10% <span style="float: right;">0</span></li> <li>- Mayor o igual al 10% y menor del 50% <span style="float: right;">1.25</span></li> <li>- Mayor o igual al 50% <span style="float: right;">2.50</span></li> </ul> </li>   <li> <p><b>• Nº de Guías de Práctica Clínica con algún autor del Área de Salud publicadas en revistas indexadas</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 2.5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 <span style="float: right;">0</span></li> <li>- 1 <span style="float: right;">1.25</span></li> <li>- Mayor o igual a 2 <span style="float: right;">2.50</span></li> </ul> </li>   <li> <p><b>• Nº de productos licenciados o con registro de propiedad industrial Patente/modelo de utilidad o propiedad intelectual productos tecnológicos en los que haya participado algún profesional del Área de Salud</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Máx. 2.5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 <span style="float: right;">0</span></li> <li>- 1 <span style="float: right;">1.25</span></li> <li>- Mayor o igual a 2 <span style="float: right;">2.50</span></li> </ul> </li> </ul>
<b>FUENTE</b>	Memoria de Investigación e Innovación Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	El resultado será el sumatorio de la puntuación alcanzada en cada uno de los apartados. La puntuación total se corresponde con el valor máximo de todos los ellos



Para la valoración de estos indicadores se deberá enviar la Memoria de Investigación e Innovación según el formato normalizado por la Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación al Servicio de Investigación e Innovación Sanitaria antes del 31 de Enero del 2024 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.