



GERENCIA REGIONAL DE SALUD 2024



Sacyl



Junta de
Castilla y León

I. INTRODUCCIÓN	4
II. PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2023	5
III. CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO	6
IV. OBJETIVOS E INDICADORES	
OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	7
OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	31
OBJETIVOS DE ÁREA DE SALUD.....	54
V. ANEXOS	66
SALUD DIGITAL	67
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	74
FORMACIÓN.....	80

INTRODUCCIÓN

El Plan Anual de Gestión es la herramienta y el marco de las acciones que impulsa la Consejería de Sanidad con el fin de orientar a la consecución de los objetivos de gestión y resultados de cada Gerencia de Asistencia Sanitaria, de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria del Servicio Regional de Salud de Castilla y León.

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.

Desde que se produjeron las transferencias en materia sanitaria a nuestra Comunidad, la Gerencia Regional de Salud ha desarrollado planes de gestión que han ido evolucionando hasta transformarse en una herramienta sencilla adaptada a las necesidades de cada momento. Los planes anuales de gestión constituyen uno de los instrumentos más importantes con los que cuentan los sistemas sanitarios para poder ejecutar sus políticas y estrategias, siendo la herramienta para el desarrollo de un modelo de dirección por objetivos.

La clave del éxito de un plan de gestión está en hacer llegar los objetivos institucionales a los distintos servicios, unidades y a todos los profesionales que desarrollan su actividad en nuestros centros. Es por tanto responsabilidad de los equipos directivos su despliegue a través de los correspondientes Pactos de Objetivos, y dar traslado de los mismos, con el fin de hacer copartícipes a todos los profesionales en la consecución de nuestras metas. Los objetivos planteados en los Pactos han de ser adaptados a las competencias de cada servicio y unidad, y permitir su evaluación objetiva. Todo ello redundará en el cumplimiento global de cada centro directivo.

El fin fundamental de este documento es orientar las actuaciones de los centros hacia la consecución de los objetivos de actividad, mejora de la calidad y uso eficiente de los recursos marcados y evaluar el alcance de los resultados obtenidos. Todo ello, con la finalidad de mantener y mejorar el estado de salud de los ciudadanos de Castilla y León proporcionando una asistencia sanitaria de calidad.

PLAN ANUAL DE GESTIÓN

La protección de la salud es uno de los derechos sociales más importante al que tienen que responder los poderes públicos, debiendo poner éstos en marcha acciones prestadoras de servicios encaminadas a la prevención, promoción y recuperación de la salud de los ciudadanos, mediante el buen hacer de los profesionales y la gestión eficiente de los recursos.

Las políticas de gobierno de la Junta de Castilla y León en materia sanitaria están especialmente centradas en actuaciones que permitan adecuar nuestro Sistema Sanitario a las necesidades y expectativas de sus ciudadanos, así como a las características de nuestra Comunidad.

Para poder alcanzar este objetivo, es fundamental contar con la participación y el trabajo diario de los profesionales, siendo su motivación, esfuerzo y compromiso, elementos esenciales. Por ello, este Plan incorpora la potenciación de la formación de los profesionales y de la investigación como elemento de generación, gestión e intercambio de conocimiento, resultando una herramienta imprescindible para la consecución del mismo.

No debemos obviar la necesidad de una adecuada eficiencia de la gestión que busque la mejora de la organización de nuestro Sistema Sanitario, para lo cual seguiremos avanzando en el impulso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, siempre con el objetivo de garantizar una asistencia sanitaria de calidad.

Así, el presente PAG 2024 tiene como prioridad la consecución de una parte de los objetivos fijados por el Gobierno Regional en política sanitaria para la presente legislatura, asegurando la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos, apostando por la calidad total y basado en los compromisos de excelencia, equidad, eficiencia, participación y apoyo a la investigación.

Sus líneas de actuación han sido orientadas para poder asumir las necesidades y expectativas del ciudadano, potenciar la integración entre niveles asistenciales, impulsar la orientación a resultados y promover la innovación y las actitudes emprendedoras.

ESTRUCTURA

Siguiendo estos principios, el presente Plan Anual de Gestión para el año 2024 se estructura en objetivos establecidos para Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Objetivos de Área comunes.

Los objetivos de Atención Primaria se centran en asegurar la cobertura de la cartera de servicios y mejorar la calidad en la atención y resultados en salud, con un especial interés en el desarrollo de los cuidados en el medio rural, la coordinación con los centros residenciales y la atención a pacientes crónicos y polimedicados.

Los objetivos de Atención Hospitalaria aseguran la equidad y la accesibilidad en la atención a la población con indicadores orientados a la disminución de las listas y de los tiempos de espera y a la mejora de la efectividad y resolución en la asistencia.

Los objetivos de Área incluyen acciones de prevención de la salud, mediante cribados poblacionales de cáncer y de mejora en la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica y objetivos de calidad y seguridad del paciente, así como los orientados a la disminución de la siniestralidad laboral por accidentes de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo.

Como novedad, el presente año el Plan de Gestión recoge objetivos de Inspección Médica y de Farmacia.

CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO

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

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

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El importe asignado en el Plan Anual de Gestión incluye:

a) Para las Gerencias de Asistencia Sanitaria y Gerencias Integradas:

- La totalidad del gasto del centro imputable a los capítulos 1 y 2 de su estado de gastos.
- La totalidad del gasto imputable al subconcepto 4800Z.

b) Para las Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Atención Hospitalaria:

- La totalidad del gasto del centro imputable a los capítulos 1 y 2 de su estado de gastos.
- La parte del gasto imputable al subconcepto 4800Z del estado de gastos de la respectiva Gerencia de Salud de Área o de las Áreas, en la proporción que determine la Dirección Técnica de 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, así como a la totalidad o parte del gasto 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.

Nivel 1: Indicador > 100%	Coficiente = 0,90
Nivel 2: 99,5% < Indicador ≤ 100%	Coficiente = 1,00
Nivel 3: 98% < Indicador ≤ 99,5%	Coficiente = 1,05
Nivel 4: 96,5% < Indicador ≤ 98%	Coficiente = 1,10
Nivel 5: Indicador ≤ 96,5%	Coficiente = 1,15



**OBJETIVOS
DE ATENCIÓN
PRIMARIA**

2024

OBJETIVO 1**Alcanzar los estándares de cobertura mínima exigidos para cada uno de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios**

INDICADOR 1	Cobertura Cartera de Servicios
VALOR	135 puntos
CÁLCULO	a) Porcentaje de Servicios de Cartera de prevención y promoción que cumplen el estándar de cobertura propuesto para cada uno de ellos. b) Porcentaje de Servicios de procesos de atención que cumplen el estándar de cobertura propuesto para cada uno de ellos. c) Porcentaje de Actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario que cumplen el estándar propuesto para cada una de ellas.
FUENTE	Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora) y registro específico para los servicios de educación para la salud en centros educativos, educación para la salud con grupos e intervenciones comunitarias.
ESTÁNDAR	a) 80% actividades de prevención y promoción b) 70% procesos de atención c.1) 80% de Equipos con 3 reuniones del Consejo de Salud de Zona c.2) 60% de equipos con actividades de Educación para la Salud/ intervencionesComunitarias

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN**a) Servicios de actividades de prevención y promoción* Se otorga un máximo de 60 puntos.**

- Se obtendrá 60 puntos cuando al menos 20 servicios de actividades de prevención y promoción, hayan alcanzado el estándar propuesto.
- Se obtendrá 30 puntos cuando al menos 18 servicios de actividades de prevención y promoción, hayan alcanzado el estándar propuesto.

b) Servicios de Procesos de atención Se otorga un máximo de 27 puntos.**

- Se obtendrán 27 puntos cuando al menos 19 servicios de procesos de atención hayan alcanzado el estándar propuesto.
- Se obtendrán 15 puntos cuando al menos 16 servicios de procesos de atención hayan alcanzado el estándar propuesto.

c) Servicios de Actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario* Se otorga un máximo de 48 puntos.****c.1 Consejos de salud de zona. Se otorga un máximo de 28 puntos.**

- Se obtendrán 28 puntos cuando al menos el 80 % de los centros de salud del área realicen 3 reuniones del Consejo de Salud de Zona.
- Se obtendrán 14 puntos cuando al menos el 80 % de los centros de salud del área realicen 2 reuniones del Consejo de Salud de Zona.

Criterios de Calidad de los Consejos: Deben cumplirse para ser considerados como tales:

- Recogida de las peticiones de la población y procedimiento para dar respuesta a las demandas planteadas.
- Información a la población de la Organización de los EAP, de los distintos profesionales que lo conforman y de las competencias de cada uno de ellos (oferta de servicios por categoría profesional).

- Uso racional del sistema sanitario.
- Abordaje de problemas de salud de interés en la zona

c.2 Acción comunitaria. Se otorga un máximo de 20 puntos.

- Se obtendrá 20 puntos cuando al menos el 60 % de los centros de salud del área hayan realizado alguna actividad de Educación para la salud grupal o en centros educativos o hayan realizado intervenciones comunitarias (excluidas las reuniones de los consejos de salud de zona)
- Se obtendrá 10 puntos cuando al menos el 30 % de los centros de salud del área hayan realizado alguna actividad de Educación para la salud grupal o en centros educativos o intervenciones comunitarias (excluidas las reuniones de los consejos de salud de zona).

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 2024
Actividades de prevención y promoción	
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	
Procesos de atención	
Atención a niños y niñas con asma	
Atención al sobrepeso y obesidad infanto-juvenil	
Detección precoz y abordaje de maltrato en infancia y adolescencia	
Atención a la persona con trastorno por TDAH	
Atención a la mujer que sufre violencia de género	
Atención a la persona con hipertensión arterial	
Atención a la persona con diabetes mellitus	
Atención a la persona con obesidad	
Atención a la persona con dislipemia	
Atención a la persona con enfermedad renal crónica	
Atención a la persona fumadora	
Atención a la persona con EPOC	
Atención a la persona con insuficiencia 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	
Actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario	
Educación para la salud en centros educativos	
Educación para la salud con grupos	
Intervenciones comunitarias	

OBJETIVO 2

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

INDICADOR 1	Índice de calidad en la práctica asistencial (ICPA)
VALOR	150 puntos
CÁLCULO	Suma de la puntuación asignada a cada uno de los indicadores evaluados según los criterios de valoración (explicados a continuación)
FUENTE	Sistema de información MedoraCyL Sistemas de información hospitalarios BI corporativo (Bision)
ESTÁNDAR	Se fija en cada uno de los indicadores de cada proceso

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PAG 2024

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
MALTRATO INFANTOJUVENIL	1. Porcentaje de niños/as de 0 a 14 años con cribado de maltrato intrafamiliar en la infancia en Atención Primaria	60%	80%
OBESIDAD INFANTOJUVENIL	2. Porcentaje de niños/as de 3 a 14 años con sobrepeso y/u obesidad y al menos 2 controles de peso al año	40%	60%
SALUD BUCODENTAL	3. Porcentaje de personas con discapacidad con revisión de Salud Bucodental	15%	40%
ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4. Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realiza despistaje de maltrato	80%	95%
	5. Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les informa/entrega plan de parto	80%	95%
	6. Porcentaje de puérperas con valoración emocional	40%	60%
	7. Cobertura de vacuna frente a gripe en mujeres embarazadas	50%	70%

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
CRIBADO DE FRAGILIDAD	8. Porcentaje de personas ≥ 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%
	9. Porcentaje de personas ≥ 70 años con índice de Barthel ≥ 90 y a los que se ha realizado las pruebas de ejecución de la marcha o el cuestionario Frail en los dos últimos años	20%	40%
PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD	10. Porcentaje de personas ≥ 70 años con anamnesis de caídas en los últimos dos años	20%	40%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	11. Porcentaje de personas ≤ 65 años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad o complicación grave con determinación de HbA1c $\leq 7\%$ en el último año	35%	50%
	12. 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%
	13. 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%
	14. 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%
	15. Porcentaje de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe el último año	40%	50%
	16. Porcentaje de personas ≤ 65 años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo	50%	70%
	17. Porcentaje de personas ≤ 60 años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente al gripe	50%	70%
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	18. 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%

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	19. Porcentaje de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año	40%	50%
	20. Porcentaje de personas ≤ 60 años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a la gripe	60%	70%
	21. Porcentaje de personas ≤ 65 años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo	60%	70%
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA (ICC)	22. Porcentaje de personas con ICC que tienen realizada la Escala Europea de autocuidado en IC	10%	20%
ESTRATEGIA CARDIOVASCULAR	23. Porcentaje de personas ≥45 años con analítica de colesterol en los 5 últimos años	20%	40%
	24. Porcentaje de personas ≥65 años con ECG realizado en el último año	20%	40%
ANTICOAGULACIÓN	25. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD) a las que se ha realizado el FGe el último año	40%	60%
FIBROMIALGIA	26. 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%
CUIDADOS PALIATIVOS	27. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor en el último año	45%	60%
	28. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social	40%	50%
SALUD MENTAL	29. Porcentaje de personas con ansiedad que tienen realizado el cribado de riesgo de suicidio	10%	20%
	30. Porcentaje de personas depresión que tienen realizado el cribado de riesgo de suicidio	10%	20%

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO EN CADA INDICADOR EVALUADO

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 la evaluación de los 30 indicadores es de 150 puntos.
- Para cada indicador se establece un estándar, cuya obtención proporciona la puntuación máxima que es de 5 puntos.
- Conseguir el nivel mínimo de cada indicador garantiza el 50% de la puntuación máxima asignada al indicador, es decir, 2.5 puntos. El nivel mínimo se alcanza también si ha aumentado el valor del indicador al menos un 5% con respecto al resultado conseguido el año anterior.
- Según se aproxime el resultado del indicador, desde el nivel mínimo al estándar establecido, se asignarán proporcionalmente los puntos de 2.5 a 5.
- Por debajo del nivel mínimo NO se asignará ningún punto al indicador.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y DE LA FUENTE

- **Numeradores:** 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, salvo indicación expresa en el indicador.
- **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

$$\frac{\text{nº de niños/as de 0 a 14 años en los que se realiza cribado de sospecha de malos tratos en el último año} \times 100}{\text{nº de niños/as de 0 a 14 años que acuden a las revisiones programadas}}$$

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 niños/as de 3 a 14 años con sobrepeso y/u obesidad y al menos 2 controles de peso al año

$$\frac{\text{nº de niños/as de 3 a 14 años con sobrepeso y/u obesidad y al menos 2 controles de peso al año} \times 100}{\text{nº de niños/as de 3 a 14 años con sobrepeso y/u obesidad}}$$

3. Porcentaje de personas con discapacidad* con revisión de Salud Bucodental registradas en la Guía Asistencial

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con discapacidad* con revisión de Salud Bucodental X 100}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con discapacidad*}}$$

*A efectos de realizar la evaluación de este indicador se tendrá en cuenta lo siguiente:

Denominador: Debido a la imposibilidad de conocer el número de personas mayores de 14 años con discapacidad superior o igual a un 33% tanto intelectual como limitante de la movilidad de los miembros superiores a través de la historia clínica, a efectos de cuantificar la población susceptible, para la evaluación, se tendrán en cuenta solamente los siguientes diagnósticos: trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Down, parálisis cerebral, retraso mental profundo y grave, discapacidad intelectual grave, moderada y profunda y discapacidad mental.

4. Porcentaje de mujeres embarazadas que se les realiza despistaje de maltrato

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

5. Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les informa/entrega plan de parto

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres embarazadas a las que se les informa/entrega plan de parto x 100}}{\text{n}^\circ \text{ de mujeres embarazadas}}$$

6. Porcentaje de puérperas con valoración emocional

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

7. Cobertura de vacuna frente a gripe en mujeres embarazadas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ embarazadas vacunadas frente a la gripe X 100}}{\text{n}^\circ \text{ embarazadas}}$$

Los indicadores de vacunación se evaluarán en base al registro de vacunación REVA

8. Porcentaje de personas ≥ 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

9. Porcentaje de personas ≥ 70 años con índice de Barthel ≥ 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.

10. Porcentaje de personas ≥ 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.

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas } \leq 65 \text{ años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad grave* con una determinación de HbA1c } \leq 7\% \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas } \leq 65 \text{ años con DM2 sin comorbilidad grave*}}$$

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

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

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

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo y/o interconsulta a Oftalmología} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 sin retinopatía}}$$

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 sin proceso clínico de pie diabético a las que se han valorado los pies} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 sin proceso clínico de pie diabético}}$$

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas con DM2}}$$

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 65 \text{ años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a neumococo} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ personas} < 65 \text{ años diagnosticadas de DM2}}$$

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 60 \text{ años diagnosticadas de DM2 vacunadas frente a gripe} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas} < 60 \text{ años diagnosticadas de DM2}}$$

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

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ personas con DM2 y con nefropatía con la media de las cifras de PA registradas} \leq 130/80 \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total personas con DM2 y con nefropatía}}$$

19. Porcentaje de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año:

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

20. Porcentaje de personas < 65 años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a neumococo:

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

21. Porcentaje de personas < 60 años diagnosticadas de EPOC vacunadas frente a gripe:

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

22. Porcentaje de personas con ICC que tienen realizada la Escala Europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca durante el año 2024:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ personas con ICC que tienen realizada la Escala europea de autocuidado en IC durante el año 2024} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ personas con ICC}}$$

23. Porcentaje de personas \geq 45 años con analítica de colesterol en los últimos 5 años:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas} \geq 45 \text{ años con analítica de colesterol en los últimos 5 años} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas} \geq 45 \text{ años}}$$

24. Porcentaje de personas \geq 65 años con ECG realizado en el último año:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas} \geq 65 \text{ años con ECG realizado en el último año} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas} \geq 65 \text{ años}}$$

25. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD)* a las que se ha realizado el FGe el último año:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD) a las que se ha realizado el FGe el último año} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD)}}$$

*Tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD): apixabán, dabigatrán, edobaxán, rivaroxabán.

- 26. 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):**

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

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

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

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

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

- 29. Porcentaje de personas de 15 o más años con diagnóstico de ansiedad que tienen realizado el cribado de riesgo de suicidio:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas de 15 o más años con ansiedad y cribado de riesgo de suicidio} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas de 15 o más años con ansiedad}}$$

- 30. Porcentaje de personas de 15 o más años con diagnóstico de depresión que tienen realizado el cribado de riesgo de suicidio:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas de 15 o más años con depresión y cribado de riesgo de suicidio} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de personas de 15 o más años con depresión}}$$

OBJETIVO 3**Coordinación con los centros residenciales para la mejora de la calidad asistencial**

INDICADOR 3	Mejora de la coordinación sociosanitaria en los centros residenciales para facilitar la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica a través de oficinas de farmacia
VALOR	50 puntos
CÁLCULO	% de pacientes institucionalizados en centros residenciales en los que se ha implantado el procedimiento de mejora para la coordinación entre el centro sociosanitario y el centro de salud.
FUENTE	Memoria de actividad con la relación de centros sociosanitarios en los que se ha implantado un procedimiento de coordinación. Remisión a 30 de enero de 2025
ESTÁNDAR	Dos niveles: Nivel 1 \geq 42%: 50 puntos Nivel 2 \geq 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.

En el numerador se contabilizarán la totalidad de pacientes institucionalizados en los centros en los que se haya implantado un procedimiento de coordinación. 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 Concyliá 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 coordinación.
- **Denominador:** N° total pacientes institucionalizados en residencias con suministro de medicación a través de OF

Se incluyen dos estándares para este indicador, el nivel 1 (más exigente) aportaría la totalidad de puntuación y el nivel 2 una puntuación inferior.

Para los aspectos relativos a la prestación farmacéutica se tomará como referencia el “Documento marco sobre la prestación farmacéutica a pacientes institucionalizados en centros residenciales”. Se trabajará en un documento de referencia para orientar la coordinación a nivel asistencial.

OBJETIVO 4**Excelencia en la atención, calidad y asistencia en atención primaria centrado en crónicos y polimedicados**

INDICADOR 4	% 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.
VALOR	285 puntos
CÁLCULO	Se valora el % de UBF (cupos de médico-enfermera) que cumplen el ÍNDICE DE EXCELENCIA que tiene los siguientes componentes; <ul style="list-style-type: none"> • Demoras en la obtención de cita para consulta a demanda en atención primaria (C1) • Atención e intervención en cronicidad (C2) • Revisión y seguimiento de la adherencia terapéutica (C3) • Calidad y seguridad de uso de medicamentos (C4)
FUENTE	Concylia, Medora
ESTÁNDAR	Se asignará según el promedio de puntuación de los cupos del área, <ul style="list-style-type: none"> • Promedio >240 puntos: 285 puntos. • Se obtendrán 1,5 puntos por cada punto que supere el promedio de 50. • Promedio <50: 0 puntos.

COMPONENTE 1: CONSULTA A DEMANDA

C1 DEMORAS EN AP	Demoras en la obtención de cita para consulta a demanda en Atención Primaria igual o inferior a 48h laborables
VALOR	75 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de días del año en las que la agenda de la Unidad Básica Funcional (UBF) de los equipos urbanos y semiurbanos, presentan una demora \leq 48h laborables.
FUENTE	Sistemas de Información (BISION)
ESTÁNDAR	<ul style="list-style-type: none"> • Se obtendrán 75 puntos cuando, al menos, el 80% de los días laborables del año, descontando el periodo vacacional, las UBF de los equipos urbanos y semiurbanos, presenten una media de demora \leq 48h laborables. • Se obtendrán 50 puntos cuando, al menos, el 50% de los días laborables del año, descontando el periodo vacacional, las UBF de los equipos urbanos y semiurbanos, presenten una media de demora \leq 48h laborables. • Se obtendrá los 0 puntos cuando, el resultado sea inferior al 50% de los días laborables del año, descontando el periodo vacacional.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

A efectos de la evaluación, sólo se evaluarán las demoras en las agendas de los profesionales de medicina. No se considerará en la demora el promedio de días correspondientes a las vacaciones de los profesionales.

Cálculo del indicador:

- **Numerador:** Número de días laborables con demora no superior a 48h, teniendo en cuenta que la obtención de la demora solo se hace los días laborables.
- **Denominador:** Número total de días laborables del año en curso.

COMPONENTE 2. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CRONICIDAD	
C2.A ACTIVIDAD PCCC	Índice de actividad del PCC
VALOR	40 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"> • 40 puntos si el 40% de los PCC están valorados • 30 puntos si el 30% de los PCC están valorados • 20 puntos si el 20% de los PCC están valorados • Se obtendrán 0 puntos cuando el resultado sea inferior al 20%

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

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

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 III de reconocimiento de dependencia.
- **Valoración emocional:** Registro (SI/NO) del ítem alteraciones del ánimo y de la autoestima, 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.

C2.B SEGUIMIENTO AL ALTA	Atención a pacientes crónicos tras un alta hospitalaria
VALOR	40 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de pacientes crónicos no institucionalizados G2, G3 y PCC, que, en el plazo máximo de 72 horas hábiles tras el alta hospitalaria, hayan tenido una cita con la UBF (cupo de médico-enfermera) para seguimiento de la enfermedad* y hayan registrado la revisión del tratamiento y/o la revisión de adherencia **
FUENTE	Historia clínica Electrónica de Atención Primaria (Medora)
SEGUIMIENTO	Sistemas de Información Medora
ESTÁNDAR	<p>Se obtendrán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 puntos si el 40% de los pacientes han sido atendidos y revisado su tratamiento y/o adherencia • 30 puntos si el 30% de los pacientes han sido atendidos y revisado su tratamiento y/o adherencia • 20 puntos si el 20% de los pacientes han sido atendidos y revisado su tratamiento y/o adherencia • Se obtendrán 0 puntos cuando el resultado sea inferior al 20%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

- **Numerador:** número de pacientes crónicos no institucionalizados G2, G3 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 hayan registrado la revisión del tratamiento y/o la revisión de adherencia.
- **Denominador:** número de pacientes crónicos no institucionalizados G2, G3 y PCC dados de alta en el cupo de la UBF.

*Se valorarán las citas (médico, enfermera, presencial o telemática) en las 72 horas hábiles tras la notificación del alta hospitalaria.

**En el caso del registro de la revisión del tratamiento y/o revisión de la adherencia (check en la pantalla de plan terapéutico de PRES), se considerarán hasta 7 días hábiles tras la notificación del alta hospitalaria.

Concretamente en el caso de Adherencia se revisará que esté registrado al menos uno de estos datos: fecha de adherencia del módulo de prescripción (check en la pantalla de plan terapéutico de PRES), adherencia terapéutica, test de adherencia, conocimiento sobre su plan terapéutico, enseñanza de los medicamentos prescritos, entregada hoja de medicación, dificultades para la utilización de medicamentos.

C2.C ATENCIÓN DOMICILIARIA	Atención domiciliaria en personas mayores dependientes
VALOR	40 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de personas de ≥ 70 años, con Índice de Barthel inferior a 60 puntos y/o con un nivel de dependencia II o III, que: Al menos dos veces al año son visitados por su enfermera en su domicilio y una vez al año son visitados por su médico en su domicilio, intentando que una de las
FUENTE	Medora
ESTÁNDAR	Se obtendrán: <ul style="list-style-type: none"> • 40 puntos si el 80% de los pacientes dependientes, que viven en el medio rural y el 50% que viven en el medio urbano y semiurbano, han sido visitados en su domicilio 1 vez por su médico y dos veces por su enfermera. • 20 puntos si el 50% de los pacientes dependientes, que viven en el medio rural y el 30% que viven en el medio urbano y semiurbano, han sido visitados en su domicilio 1 vez por su médico y dos veces por su enfermera.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

Cálculo del indicador:

- **Numerador:** número de personas ≥ 70 años, con Índice de Barthel inferior a 60 puntos y/o con un nivel de dependencia II o III que al menos dos veces al año han sido visitados por su enfermera en su domicilio y una vez al año han sido visitados por su médico en su domicilio, intentando que una de las visitas se realice conjuntamente por los dos profesionales.
- **Denominador:** personas ≥ 70 años, con nivel de dependencia II o III o con Barthel inferior a 60 puntos.

COMPONENTE 3. REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA TERAPÉUTICA AMBULATORIA (G2 Y G3)

C3. A REVISIÓN DEL TRATAMIENTO	Optimización del plan terapéutico a través de la revisión del tratamiento por parte de los médicos
VALOR	25 puntos
INDICADORES	Revisión completa del plan terapéutico en pacientes estratificados en los grupos de riesgo G2 y G3, según establece PIOFAR.
CÁLCULO	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
FUENTE	Marca de revisión en el módulo de prescripción PRES
ESTÁNDAR	Se asignará según el promedio de porcentaje de pacientes intervenidos en los cupos del área: <ul style="list-style-type: none"> • Promedio $\geq 70\%$: 25 puntos. • Se obtendrá 0,5 puntos por cada punto porcentual que supere el 20%. • Promedio $< 20\%$: 0 puntos.
EXPLICACIÓN / JUSTIFICACIÓN	PIOFAR. Plan integral de optimización de la farmacoterapia. Asesoría y colaboración del FAP en la revisión del PT

C3. B REVISIÓN DE TRATAMIENTO	Mejora de la utilización de medicamentos a través de la revisión de adherencia por parte de los enfermeros/as
VALOR	25 puntos
INDICADORES	Revisión de la adherencia en pacientes estratificados en los grupos de riesgo G2 y G3, según establece PIOFAR.
CÁLCULO	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
FUENTE	Marca de revisión en el módulo de prescripción PRES
ESTÁNDAR	Se asignará según el promedio de porcentaje de pacientes intervenidos en los cupos del área: <ul style="list-style-type: none">• Promedio $\geq 70\%$: 25 puntos• Se obtendrá 0,5 puntos por cada punto porcentual que supere el 20%• Promedio $< 20\%$: 0 puntos
EXPLICACIÓN / JUSTIFICACIÓN	PIOFAR. Plan integral de optimización de la farmacoterapia Asesoría y colaboración del FAP en la revisión de la adherencia

COMPONENTE 4: CALIDAD Y SEGURIDAD DE USO DE MEDICAMENTOS

C4. A
ÍNDICE PROA

Mejora de la prescripción y utilización de antibióticos

VALOR

30 puntos

INDICADORES

- Consumo de antibióticos de uso sistémico (MF y PED) (1 y 7,13)
- Selección de ATB de espectro reducido (MF y PED) (2 y 8)
- Amoxicilina frente a amoxicilina con/sin clavulánico (MF y PED) (3 y 9)
- Consumo de macrólidos (MF y PED) (4 y 11)
- Consumo de fluoroquinolonas (MF) (5)
- Consumo de amoxicilina clavulánico (PED) (10)
- Consumo de cefalosporinas 3ª gen (MF y PED) (6 y 12)
- Indicadores por proceso de faringoamigdalitis (PED) (14)

CÁLCULO

- DTD Antibióticos (J01) = n° DDD J01 *1000/ n° tarjetas sanitarias* x día
- % DDD de ATB espectro reducido= n° DDD de (J01CA+J01CE+J01CF+J01XX01) *100/ n° de DDD de J01
- % ENV Amoxi vs Amoxi+Amoxi-cla = n° env amoxicilina (J01CA04) *100 / n° ENV (amoxicilina (J01CA04) + amoxicilina-clavulánico (J01CR02))
- % DDD de macrólidos = n° DDD macrólidos (J01FA)* 100 / n° DDD ATB (J01)
- % DDD de fluoroquinolonas = n° DDD fluoroquinolonas (J01MA)*100 / n° DDD ATB (J01)
- % DDD de cefalosporinas 3ª gen = n° DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)*100 / n° DDD ATB (J01)
- DHD aj AB= N° de DDD de antibióticos por cada mil habitantes y día ajustados por edad (0-1, 2-4, 5-13 años)
- % en ENV selección AB= amoxicilina (J01CA04) + fenoximetilpenicilina + penicilina G (J01CE) /antibióticos del grupo (J01) x 100
- % en ENV amoxicilina (J01CA04) /[(amoxicilina (J01CA04) + amoxicilina-clavulánico (J01CR02))] x 100
- % en ENV amoxicilina-clavulánico (J01CR02) / antibióticos (J01) x 100
- % en ENV macrólidos (J01FA) / antibióticos (J01) x 100
- % en ENV cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / antibióticos (J01) x 100
- % de pacientes con antibiótico = n° de pacientes con J01/ total de tarjetas x100
- Indicadores por proceso de faringoamigdalitis

FUENTE

Concylia

ESTÁNDAR

- Se asignará según el promedio de puntuación de los cupos del área,
- Promedio ≥ 20 puntos: 30 puntos
 - Se obtendrán 2 puntos por cada punto que supere el promedio de 5.
 - Promedio < 5 : 0 puntos

C4. B ÍNDICE DE CONSUMO RACIONAL	Adecuación del plan terapéutico a las necesidades de del paciente para evitar consumo innecesario
VALOR	10 puntos
INDICADORES	1. Consumo general (desviación del N° de envases por persona ajustada por edad)
CÁLCULO	Desviación nº 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
FUENTE	Concylia
ESTÁNDAR	Se asignará según el promedio de puntuación de los cupos del área, <ul style="list-style-type: none"> • ≤1,00: 10 puntos. • >1,00 y ≤1,10: 5 puntos • >1,10 y ≤1,20: 3 puntos • >1,20: 0 puntos

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

El indicador C4.B solo se valora en las UBF de Medicina de Familia. En el caso de las UBF de pediatría, se ajustará la puntuación del indicador C4.A a la puntuación total del Componente C4 (40 puntos).

OBJETIVO 5

Acreditación de los equipos PROA de AP y mejora de la utilización de antibióticos

NOTA: hasta ahora este era un objetivo de área. Teniendo en cuenta que la acreditación de PROA que establece la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está diferenciada por ámbitos (atención primaria y atención hospitalaria), procede mantener este objetivo (con adecuaciones), pero en los dos ámbitos.

INDICADOR 5	Avanzar en la acreditación de los equipos PROA AP y realizar intervenciones asesoras
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	<p>Actuaciones desarrolladas en el ámbito de atención primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación PROA del PRAN: alcanzar la certificación PROA nivel básico y avanzar en certificación de otros niveles. • Intervenciones asesoras concretas: intervenciones concretas en el abordaje de una enfermedad infecciosa o en el uso de un/os antimicrobiano/s de alto impacto ecológico o en el uso adecuado de los test de Diagnóstico Rápido.
FUENTE	<p>Cuatrimestralmente los coordinadores de los PROA de cada área monitorizaran la evolución de las actuaciones a desarrollar con la coordinadora de PROA para el cumplimiento del objetivo</p> <p>30 de enero de 2025: Memoria de actividades realizadas adaptada a los criterios recogidos en el apartado estándar</p>
ESTÁNDAR	<p>Tres criterios de cumplimiento (acumulables entre sí):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Conseguir la certificación PROA nivel básico y cumplir con 5 estándares del nivel avanzado o excelente de acreditación (7 puntos) • Criterio 2: Realizar intervenciones educativas y asesorías (7 puntos) • Criterio 3: El PRAN reunirá al menos una vez al año al PROA comunitario con el PROA de hospital para planificar los estándares de tipología VII: dirigidos a promover la coordinación entre niveles asistenciales y garantizar la continuidad asistencial (6 puntos)

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.

El objetivo principal de la asesoría es mejorar la formación del médico prescriptor y el conocimiento sobre las guías o protocolos del área. Las asesorías se realizarán de acuerdo al Documento de asesorías en AP de Sacyl

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

OBJETIVO 6**Aumentar la identificación, implantación y evaluación de las acciones de mejora derivadas de la gestión de las reclamaciones en los Centros**

INDICADOR	Plazos de respuesta de las Reclamaciones
VALOR	5 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de reclamaciones cuyo informe interno es recibido por el Servicio de Atención al Usuario en un plazo \leq 20 días
FUENTE	RESU
ESTÁNDAR	$>80\%$

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR Y SU EVALUACIÓN

- **Numerador:** Número de reclamaciones tramitadas en 2024 en las que el informe interno emitido por el Equipo de Atención Primaria, implicado en la reclamación, fue recibido en un plazo \leq 20 días en el Servicio de Atención al Usuario.
- **Denominador:** Número total de reclamaciones tramitadas durante 2024 en las que se solicita informe al Equipo de Atención Primaria implicado.

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando más del 80% de las reclamaciones tengan el informe motivado del Equipo de Atención Primaria implicado en un plazo \leq 20 días desde su solicitud.

Se asignará el 50% de la puntuación cuando al menos el 75% de las reclamaciones lo hayan recibido en el Servicio de Atención al Usuario, en el mismo plazo.

INDICADOR	Reclamaciones como herramientas de mejora continua
VALOR	5 puntos
CÁLCULO	Número y relación de actuaciones de mejora estructurales implantadas en las Zonas Básicas de Salud que registran mayor número de reclamaciones
FUENTE	RESU
ESTÁNDAR	Al menos 1 propuesta de mejora implantada, por semestre, en las 3 Zonas Básicas que registren mayor número de reclamaciones durante ese periodo

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR Y SU EVALUACIÓN

Número de actuaciones e iniciativas de mejora, de tipo estructural, implantadas en la Gerencia de Atención Primaria, relativas a los motivos de reclamación más frecuentes en las tres Zonas Básicas de Salud que registren mayor número de reclamaciones

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando la memoria, registrada en RESU, defina, al menos 1 propuesta de mejora implantada, por semestre, en las 3 Zonas Básicas que registren mayor número de reclamaciones, así como la evaluación y el impacto conseguido.



**OBJETIVOS
DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA**

2024

OBJETIVO 1

Mejora de la accesibilidad en la atención a la población

INDICADOR 1.1	Disminuir la Lista de Espera ESTRUCTURAL de procedimientos quirúrgicos incluidos en el Registro de Lista de Espera (LEQ) de la Comunidad de Castilla y León
VALOR	120 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica Estructural
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Objetivo trimestral para cada 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 el registro oficial de LEQ de Castilla y León.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El número de pacientes en LEQ estructural debe alcanzar los estándares fijados trimestralmente.

Para la evaluación se hará seguimiento trimestral según los estándares a alcanzar marcados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, y el objetivo se considerará cumplido a 31 de diciembre de 2024.

INDICADOR 1.2	Disminuir el número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica Total y en Lista de Espera Total de Consultas Externas
VALOR	40 puntos
CÁLCULO	a) Número de pacientes en Lista de espera quirúrgica total b) Número de pacientes en Lista de espera de consultas externas total
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Objetivo específico trimestral para cada 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 el registro oficial de Lista de Espera Quirúrgica y de Lista de Espera de Consultas Externas de Castilla y León

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica Total debe alcanzar los estándares fijados trimestralmente. Para las consultas externas también se deben alcanzar los estándares fijados trimestralmente y se incluirán los pacientes pendientes de cita (buzones).

Para la evaluación se hará un seguimiento trimestral según los estándares a alcanzar marcados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización y el objetivo se considerará cumplido a 31 de diciembre de 2024.

INDICADOR 1.3	Índice de entradas /salidas en Lista de Espera Quirúrgica
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Relación entre el número de entradas y de salidas en el Registro de Lista de Espera Quirúrgica
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Alcanzar el objetivo de relación E/S fijado para cada 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 el BI corporativo (BISION).

Nº de entradas en el Registro de LEQ / Nº de salidas del registro de LEQ debe ser menor o igual al propuesto para cada centro por la DGASH

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza en enero de 2024, y el objetivo se considerará cumplido el 31 de diciembre de 2024.

INDICADOR 1.4	Disminución de la Demora Máxima en Intervenciones quirúrgicas incluidas en el Registro de Lista de Espera Quirúrgica Total
VALOR	30 puntos
CÁLCULO	Plazo máximo de demora para intervenciones quirúrgicas programadas, con la excepción de cirugía oncológica y cirugía cardíaca no valvular
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Específico para cada centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización

Demora máxima es el tiempo, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro, hasta la fecha final del periodo de estudio.

FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el BI corporativo (BISION).

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza en enero de 2024, y el objetivo se considerará cumplido el 31 de diciembre de 2024.

INDICADOR 1.5	Disminución de la Demora media estructural de los pacientes incluidos en el Registro de Lista de Espera de Intervenciones quirúrgicas y de los pacientes incluidos en el registro de Lista de Espera de Primeras Consultas Externas (CEX) y de los Tiempos de Espera (Espera Media) en el registro de la actividad de primeras pruebas técnicas diagnósticas radiológicas (LECYT)
VALOR	60 puntos
CÁLCULO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Días de disminución de demora media de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural en el año 2024 respecto al mismo indicador en el año 2023. 2. Días de disminución de demora media de pacientes en el registro de lista de espera de consultas externas con carácter estructural en el año 2024 respecto al mismo indicador en el año 2023 3. Días de disminución de espera media de salidas en técnicas diagnósticas/terapéuticas (Mamografías, Ecografías, TAC, y RMN).
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	El estándar será específico por centro

La demora estructural para un paciente en lista de espera quirúrgica es el tiempo promedio que llevan esperando los pacientes que están en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

La demora media estructural para un paciente en lista de espera de consultas externas es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de primera consulta, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha final del periodo de estudio (fecha de corte), en pacientes con tipo de cita 1 (aquellos cuya demora es debida a la organización y recursos disponibles).

Espera media de los pacientes atendidos es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro, hasta su atención, por tanto, es el tiempo promedio, expresado en días, desde que un paciente entra en el registro de lista de espera (fecha de prescripción de solicitud) hasta la fecha de salida del registro.

Para su cálculo se contabilizan las primeras pruebas y el tipo de salida por actividad (1,2)

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

La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el Registro de Lista de Espera de Castilla y León.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza en enero de 2024, realizándose evaluación trimestral por centro, y el objetivo se considerará cumplido el 31 de diciembre de 2024.

OBJETIVO 2

Mejora de la efectividad

INDICADOR 2.1	Disminuir el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Número de intervenciones quirúrgicas programadas en jornada ordinaria que han sido suspendidas respecto al número total de intervenciones quirúrgicas programadas en jornada ordinaria
FUENTE	Sistema de Información de Atención especializada (SIAE)
ESTÁNDAR	≤ 3,5%

Disminuir el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el quirófano en jornada ordinaria que se suspenden para alcanzar un % igual o por debajo del 3,5% del total de intervenciones quirúrgicas programadas para realizar en el quirófano.

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: Servicio de Programación Asistencial y Coordinación de Urgencias

Definición del indicador: cirugía programada suspendida es el N° intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas / N° intervenciones programadas realizadas + N° intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas * 100.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

La puntuación será 20 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 de 2024 (menor o igual al 3,5%)

OBJETIVO 3

Seguridad y adecuación

INDICADOR 3.1	Adecuar los pacientes registrados en LEQ con indicación quirúrgica prioridad 1
VALOR	30 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes estructurales incluidos en el Registro General de Lista de Espera Quirúrgica con carácter de prioridad 1 con demora de más de 30 días estructurales desde la entrada en el Registro
FUENTE	Registro de Listas de Espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Ningún paciente con prioridad 1 debe acumular una espera estructural de más de 30 días en el registro de 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 realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en BISION con los datos del cierre a 31 de diciembre de 2024.

N° de pacientes en LEQ estructural con más de 30 días en espera estructural = (Fecha de corte - Fecha de entrada - Días de aplazamiento) > 30 días

PRIORIDAD=1

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2024, 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.

INDICADOR 3.2	Adecuar los pacientes registrados en LEQ con indicación de prioridad quirúrgica 2
VALOR	30 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes estructurales incluidos en el Registro General de Lista de Espera Quirúrgica con carácter de prioridad 2 con más de 90 días desde la fecha de entrada en el registro.
FUENTE	Registro de Listas de Espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Ningún paciente con prioridad 2 debe acumular una espera estructural de más de 90 días en el registro de 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 realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en BISION con los datos del cierre a 31 de diciembre de 2024.

N° de pacientes en LEQ estructural con más de 90 días en espera estructural = (Fecha de corte - Fecha de entrada - Días de aplazamiento) > 90

PRIORIDAD=2

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2024 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 2024.

INDICADOR 3.3	Consultas preferentes en atención hospitalaria
VALOR	50 puntos
CÁLCULO	Primeras consultas externas realizadas, identificadas como preferentes, atendidas en un período menor de 15 días desde la solicitud por el prescriptor respecto al número total de consultas identificadas como preferentes atendidas en el período
FUENTE	BI corporativo (BISION)
ESTÁNDAR	≥ 75%

FUENTE DE INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES

La información se obtiene de los registros de BISION

$$\frac{\text{N.º consultas preferentes atendidas en menos de 15 días}}{\text{N.º consultas preferentes totales atendidas}} \times 100 \geq 75\%$$

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se dará por conseguido si se alcanza, al menos, que el 75% de las citas de primeras consultas preferentes han sido realizadas en menos de 15 días a fecha de corte.

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 de 2024

OBJETIVO 4

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

INDICADOR 4.1

Eficiencia en la prestación farmacéutica en atención hospitalaria

VALOR	100 puntos		
		Estándar	Puntos
	4.1.1 Cumplir el presupuesto de capítulo II-farmacia hospitalaria	Por GAE dos niveles	N1: 80 N2: 60
	4.1.2 Incremento en la penetración de biosimilares		
	Incremento en la penetración de tocilizumab biosimilar	N1: 40% N2: 25%	N1: 4 N2: 2
	Incremento en la penetración de natalizumab biosimilar	N1: 50% N2: 25%	N1: 4 N2: 2
	Incremento en la penetración de etanercept biosimilar	N1: 98% N2: 92%	N1: 1 N2: 0,5
	Incremento en la penetración de rituximab biosimilar	N1: 98% N2: 93%	N1: 1 N2: 0,5
	Incremento en la penetración de trastuzumab biosimilar	N1: 98% N2: 92%	N1: 1 N2: 0.5
	Incremento en la penetración de ustekinumab biosimilar	N1: 40% N2: 25%	N1: 5 N2: 2
	Incremento en la penetración de eculizumab biosimilar	N1: 50% N2: 30%	N1: 4 N2: 2

1 En caso de incorporación de biosimilares de elevado impacto, se podrán modular estos indicadores

2 En aquellos hospitales que no tengan adquisiciones de alguno de los principios activos con biosimilar, se realizará un reparto proporcional de los puntos asignados al resto de principios activos.

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, Conclylia-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 2024, en base a los datos disponibles en Conclylia-Panacyl son: Digestivo, Reumatología, Dermatología, Medicina Interna, Oncología Médica, Hematología Médica y Neurología. 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, así como en la posible redistribución de pacientes que en su caso pudiera corresponderles.

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 Conclylia-Panacyl de seguimiento del gasto en capítulo II en farmacia hospitalaria para el PAG 2024 (1.3.1 GRS – 1.3.2 GAE) y de seguimiento de biosimilares PAG 2024 (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 2024.

INDICADOR 4.2	Gestión de medicamentos de alto impacto y condiciones especiales de financiación y precio de los medicamentos en el SNS
VALOR	80 puntos
CÁLCULO	<p>a) Medicamentos cuyas condiciones especiales de financiación y precio incluyen registro en VALTERMED y condiciones económicas especiales.</p> <p>b) Análisis y registro de los medicamentos con resolución expresa de no financiación, pendientes de financiar y en uso fuera de indicación/situaciones especiales.</p>
FUENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de adquisiciones y consumos en Concylla/Panacyl e Informes de seguimiento en VALTERMED y, en su caso, Formularios/Plataforma. Correos para reclamación de cumplimentación de VALTERMED. • Informes de consumo por tipo de uso de Panacyl. Informe del centro con el análisis de consumo de los medicamentos o indicaciones con resolución expresa de no financiación, pendientes de financiar y en uso fuera de indicación/situaciones especiales (periodo mayo-diciembre 2024).
ESTÁNDAR	<p>a) Puntuación según el número de pacientes/datos para los que se envía un recordatorio de que hay pacientes y/o datos pendientes de cumplimentar una vez que se ha alcanzado la fecha de seguimiento o evaluación + 15/30 días:</p> <p>Nivel 1: 0% de los pacientes: 40 puntos Nivel 2: >0% y ≤10%: 30 puntos Nivel 3: >10% y ≤25%: 20 puntos Nivel 4: >25%: 0 puntos</p> <p><i>Nota: Valorar alternativa si en HMDC u otro comarcal no hay este tipo de tratamientos.</i></p> <p>b) Nivel 1: Informe y registro del tipo de uso ≥ 90% de pacientes (40p) Nivel 2: Informe y registro del tipo de uso ≥ 75% y <90% de pacientes (20p)</p>

3 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.

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, son de tipo económico y su falta de aplicación implicaría un incremento indebido del gasto farmacéutico hospitalario. Por ello, el Ministerio de Sanidad establece que para algunos medicamentos/indicaciones se requiere el registro de cada uno de los pacientes en VALTERMED, lo que es imprescindible para poder aplicar las condiciones especiales de financiación y por tanto determinar el precio para el SNS. Por este motivo, es fundamental realizar un seguimiento estrecho de su aplicación. El objetivo es reforzar el seguimiento y aplicación de estas condiciones especiales de financiación, 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 (Concylia- Panacyl) son, al menos, 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.

Se está desarrollando una aplicación de “Formularios” para la cumplimentación de los datos de inicio y seguimiento de los medicamentos de VALTERMED, que se integrará y volcará a VALTERMED a través de otra aplicación (“Plataforma”). Para la consecución del objetivo, si procede, se considerará también el registro a través de “Formularios”.

Para la valoración del objetivo se establecerá un registro de los recordatorios a cada GAE de pacientes y/o datos que están pendientes de cumplimentar y se valorará según el mismo.

4.2.b) Análisis y registro de los medicamentos con resolución expresa de no financiación, pendientes de financiar y en uso fuera de indicación/situaciones especiales.

Interesa, por una parte, que se realice un análisis de los pacientes en tratamiento con este tipo de medicamentos, así como que se registre su consumo en función de su situación de financiación en el campo “tipo de uso” en el programa de gestión de farmacia Farmatools.

Se realizará por el centro un análisis detallado del consumo de los medicamentos, en el periodo mayo-diciembre 2024 y su evolución:

- Con resolución expresa de no financiación o bien con indicaciones no financiadas. En principio según la normativa no se pueden financiar con cargo a fondos públicos, salvo casos de extrema necesidad.
- Medicamentos o indicaciones pendientes de financiación que cumplen los criterios excepcionales de uso establecidos por grupo de trabajo sobre “medicamentos/ indicaciones pendientes de decisión de financiación y precio”, dependiente de la Comisión Asesora en Farmacoterapia de Castilla y León (CAFICYL).
- Indicaciones “off-label” o fuera de indicación y medicamentos en situaciones especiales.

En ese periodo mayo-diciembre 2024 se identificará a nivel de prescripción, el campo “tipo de uso” en función de la situación de autorización y/o financiación del medicamento y, en su caso, indicación. Para ello, previamente, se actualizará el catálogo Sacyl de “tipo de uso”.

INDICADOR 4.3	Deprescripción en pacientes polimedicados de residencias sociosanitarias y CAMP con depósito de medicamentos vinculado al hospital
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Implantación de programa y resultados finales
FUENTE	Datos finales sobre la implantación y resultados del programa, atendiendo al % de pacientes revisados, así como propuestas de mejora
ESTÁNDAR	Dos niveles de cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: Implantación de dos programas. Datos finales. (20p) • Nivel 2: Implantación de un programa establecido. Datos finales. (8p)

Se extenderá el programa de deprescripción 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 que se comenzó a implantar en 2023.

Se incorporarán 2 nuevos grupos terapéuticos al programa de deprescripción. Cada programa 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 avanzarán en la implantación del programa de revisión del plan terapéutico en pacientes polimedicados hospitalizados que cumplan ciertos criterios que se comenzó a implantar en 2023, incorporando a 1 ó 2 nuevos servicios adicionales a los implantados en 2023.

Para el cumplimiento del objetivo se valorará la propuesta de programa que enviará el centro, así como el desarrollo mantenido y resultados de este.

OBJETIVO 5 Acreditación de los equipos PROA de AH y mejora de la utilización de antibióticos

NOTA: hasta ahora este era un objetivo de área. Teniendo en cuenta que la acreditación de PROA que establece la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está diferenciada por ámbitos (atención primaria y atención hospitalaria), procede mantener este objetivo (con adecuaciones), pero en los dos ámbitos.

INDICADOR 5.1	Avanzar en la acreditación de los equipos PROA AH y realizar intervenciones asesoras
VALOR	19 puntos
CÁLCULO	<p>Actuaciones desarrolladas en el ámbito de atención hospitalaria de los equipos PROA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación PROA nivel básico del PRAN y avanzar en certificación de otros niveles. • Intervenciones educativas: identificar las áreas terapéuticas en las que existe más desconocimiento y requieren formación con mayor urgencia. • Intervenciones asesoras concretas realizadas en el hospital y enfocadas a aquellos aspectos que el equipo PROA junto al PRAN consideren más relevantes.
FUENTE	<p>Cuatrimestralmente los coordinadores de los PROA de cada área monitorizaran la evolución de las actuaciones a desarrollar con la coordinadora de PROA para el cumplimiento del objetivo.</p> <p>30 de enero de 2025: Memoria de actividades realizadas adaptada a los criterios recogidos en el apartado estándar.</p>
ESTÁNDAR	<p>Tres criterios de cumplimiento (acumulables entre sí):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Conseguir la certificación PROA nivel básico y cumplir con 5 estándares del nivel avanzado o excelente de acreditación (7 puntos). • Criterio 2: Realizar intervenciones educativas y asesorías (7 puntos). • Criterio 3: El PRAN reunirá al menos una vez al año al PROA comunitario con el PROA de hospital para planificar los estándares dirigidos a promover la coordinación entre niveles asistenciales y garantizar la continuidad asistencial (5 puntos).

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR

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 clínico en concreto, en tratamientos empíricos, tratamientos dirigidos o profilaxis etc.

Cada equipo PROA 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 o de una patología 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 es mejorar la formación del médico prescriptor y el conocimiento sobre las guías o protocolos del área/hospital.

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

OBJETIVO 6

Seguridad en la práctica clínica

Puntos 21

INDICADOR 6.1	Vigilancia de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR)		
VALOR	7 puntos		
CÁLCULO	El hospital realiza el seguimiento de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR) de acuerdo con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS y por el grupo de trabajo autónomo para la prevención y control de la transmisión de MMR.		
FUENTE	Informes obtenidos de Z.IRAS.		
ESTÁNDAR	Nivel 1	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staphylococcus aureus resistente a meticilina. • Enterobacterias productoras de carbapenemasas: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp. • Clostridioides difficile. 	50%
	Nivel 2	<p>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 autónomo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staphylococcus aureus resistente a meticilina. • Enterobacterias productoras de carbapenemasas: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp. • Clostridioides difficile. • Enterococcus spp. resistente a glucopéptidos. • Enterobacterias resistentes a cefalosporinas de tercera generación: Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Morganella spp. • Acinetobacter baumannii resistente a carbapenems. • Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenems. 	100%

INDICADOR 6.2	Índice de Seguridad en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos (IS-UCI)
VALOR	7 puntos
CÁLCULO	$IS-UCI = (0,2 BZ + 0,2 NZ + 0,2 RZ + 0,2 ITU-Z + 0,2 ENVIN) \times 7$ <ul style="list-style-type: none"> • BZ: Proyecto Bacteriemia Zero en los Servicios de Medicina Intensiva • NZ: Proyecto Neumonía Zero en los Servicios de Medicina Intensiva • RZ: Proyecto Resistencia Zero en los Servicios de Medicina Intensiva • ITU-Z: Proyecto ITU Zero en los Servicios de Medicina Intensiva • ENVIN: registro en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en los Servicios de Medicina Intensiva
FUENTE	Cuadros de mando on-line de los proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero e ITU Zero Informe del registro mensual en ENVIN
ESTÁNDAR	Los de cada subindicador para obtener las puntuaciones parciales

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

No se evaluarán en los hospitales de primer nivel (HSA, HSSRR y HMC).

Subindicadores BZ, NZ, RZ e ITU-Z	Resultados de los Proyectos Zero en los Servicios de Medicina Intensiva de adultos: - Bacteriemia Zero: Densidad de incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva - Neumonía Zero: Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva - Resistencia Zero: Tasa de pacientes con una o más infecciones por bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI - ITU Zero: Densidad de incidencia de infección del tracto urinario (ITU) asociada a sonda urinaria (SU) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Bacteriemia Zero: Nº de bacteriemias primarias y asociadas a catéter venoso central x 1.000 / Nº de días con catéter venoso central • Neumonía Zero: Nº de NAVM x 1.000 / Nº de días con ventilación mecánica • Resistencia Zero: Nº de pacientes con una o más infecciones por BMR adquiridas en UCI x 1.000 / Nº de días de estancia en UCI • ITU Zero: Nº de episodios de ITU asociados a SU x 1.000 / Nº de días con sondaje urinario <p>El periodo de estudio corresponderá a los meses de abril, mayo y junio de 2024 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>
FUENTE	Cuadro de mando on-line de los Proyectos Zero (BZ, NZ, RZ e ITU Zero).
ESTÁNDAR	<ul style="list-style-type: none"> • Bacteriemia Zero: ≤ 3 episodios de bacteriemia primaria y asociada a catéter por 1000 días de catéter venoso central • Neumonía Zero: ≤ 7 episodios de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1000 días de ventilación mecánica • Resistencia Zero: ≤ 1,3 pacientes con infecciones por BMR adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI • ITU Zero: ≤ 2,7 episodios de ITU asociadas a sonda por 1000 días de sondaje urinario
CRITERIOS DE VALORACIÓN	Cumple el estándar = 1 No cumple = 0
SUBINDICADOR ENVIN	Registro en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en los Servicios de Medicina Intensiva de adultos.
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del ENVIN completo los meses de abril, mayo y junio • Registro del ENVIN o bien completo, o bien simplificado, los meses de febrero, marzo octubre y noviembre
FUENTE	Informe del registro mensual en ENVIN
ESTÁNDAR	Cumplimenta el registro del ENVIN completo los meses de abril, mayo y junio y el ENVIN completo o simplificado los meses de febrero, marzo, octubre y noviembre
CRITERIOS DE VALORACIÓN	Cumple el estándar = 1 No cumple = 0

Para valorar el cumplimiento del subindicador ENVIN, se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es, antes del 31 de enero de 2025, el informe del registro mensual del ENVIN cumplimentado.

INDICADOR 6.3	Índice de Seguridad en el Área Quirúrgica (ISAQ)		
VALOR	7 puntos		
CÁLCULO	$\text{ISAQ} = (0,5 \text{ CS-IQZ} + 0,5 \text{ LVSQ}) \times 7$ <ul style="list-style-type: none"> • IQZ-CS: despliegue del Proyecto Infección Quirúrgica Zero-Cirugía Segura • LVSQ: utilización del listado de verificación quirúrgica en el hospital 		
FUENTE	Datos de la aplicación Z.IRAS sobre la monitorización de la infección del lugar quirúrgico (ILQ) en el Proyecto Cirugía Segura-Infección Quirúrgica Zero y plan de acción Cuadro de mando del proyecto de listado de verificación de la seguridad quirúrgica Cuadro de mando del proyecto de verificación de la seguridad quirúrgica		
ESTÁNDAR	Los de cada subindicador para obtener las puntuaciones parciales		
SUBINDICADOR CS-IQZ	Despliegue y resultados del proyecto Cirugía segura-Infección Quirúrgica Zero		
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital alcanza un nivel adecuado de implantación del proyecto • La ILQ disminuye en un 15% respecto a la situación basal o se mantiene dentro de los estándares internacionales 		
FUENTE	Informe de Datos de la aplicación Z.IRAS sobre la monitorización de la ILQ. Plan de acción para disminuir la incidencia de ILQ		
STÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	Nivel 1	Se considerará alcanzado el estándar cuando el hospital haya conseguido que el porcentaje medio de adherencia a las 5 medidas destinadas a la prevención de ILQ (adecuación global de la profilaxis antibiótica, aplicación de clorhexidina, eliminación del vello, normotermia y normoglucemia) sea $\geq 50\%$	40%
	Nivel 2	Se considerará alcanzado el estándar cuando se den una de estas dos situaciones: a) Se ha reducido en un 15% la incidencia de ILQ b) La incidencia acumulada de ILQ se encuentra dentro de los estándares internacionales <ul style="list-style-type: none"> • COLO: Cirugía de colon $<9.5\%$ • HPRO: Prótesis de cadera $<1.2\%$ • KPRO: Prótesis de rodilla $<0.6\%$ • CSEC: Cesárea $<1.3\%$ • CABG $<1.9\%$ CABG (CBGB + CBGC) (CBGB: By-pass aortocoronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto + CBGC: Bypass aortocoronario con sólo incisión torácica) Referencia indicadores: European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections: surgical site infections. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018-2020. Stockholm: ECDC; 2023	40%
	Nivel 3	El hospital alcanza los niveles 1 y 2 o, en caso de no alcanzar alguno de los niveles, ha elaborado e implantado un plan de acción para mejorar la adherencia a las medidas del proyecto con el objetivo de disminuir la incidencia de ILQ	100%

SUBINDICADOR LVSQ	Utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el hospital	
CÁLCULO	Nº total de intervenciones (programadas y urgentes; con y sin ingreso) en las que se utiliza el LVSQ / Nº total de intervenciones (programadas y urgentes; con y sin ingreso) realizadas.	
FUENTE	Numerador: Cuadro de mando del proyecto de verificación de la seguridad quirúrgica. Denominador: SIAE (nº total de intervenciones -programadas y urgentes; con y sin ingreso- realizadas).	
STÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	Nivel 1	El LVSQ se utiliza en $\geq 50\%$ de todas las intervenciones realizadas en el hospital y se introducen mejoras que eviten los problemas detectados. 50%
	Nivel 2	El LVSQ se utiliza en $\geq 80\%$ de todas las intervenciones realizadas en el hospital y se introducen mejoras que eviten los problemas detectados. 11%
	Para valorar el cumplimiento del indicador se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es , antes del 31 de enero de 2025, el cuadro de mando de seguimiento del proyecto que incluirá datos, tanto globales del hospital como por servicio, del: <ul style="list-style-type: none"> • Nº total de intervenciones (programadas y urgentes; 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. 	

CRITERIOS DE VALORACIÓN

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

OBJETIVO 7**Aumentar la identificación, implantación y evaluación de las acciones de mejora derivadas de la gestión de las reclamaciones en los Centros**

INDICADOR 7.1	Plazos de respuesta de las Reclamaciones
VALOR	5 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de reclamaciones cuyo informe interno es recibido por el Servicio de Atención al Usuario en un plazo ≤ 20 días
FUENTE	RESU
ESTÁNDAR	$>80\%$

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR Y SU EVALUACIÓN

- **Numerador:** Número de reclamaciones tramitadas en 2024 en las que el informe interno, emitido por el servicio implicado en la reclamación, fue recibido en un plazo ≤ 20 días en el Servicio de Atención al Usuario.
- **Denominador:** Número total de reclamaciones tramitadas durante 2024 en las que se solicita informe al Servicio implicado.

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando más del 80% de las reclamaciones tengan el informe motivado del Servicio implicado en un plazo ≤ 20 días desde su solicitud.

Se asignará el 50% de la puntuación cuando al menos el 75% de las reclamaciones lo hayan recibido en el Servicio de Atención al Usuario en ese mismo plazo.

INDICADOR 7.2	Reclamaciones como herramientas de mejora continua
VALOR	5 puntos
CÁLCULO	Número y relación de actuaciones de mejora estructurales implantadas en los servicios que registran mayor número de reclamaciones
FUENTE	RESU
ESTÁNDAR	Al menos 1 propuesta de mejora implantada, por semestre, en los 3 servicios que registren mayor número de reclamaciones durante ese periodo

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR Y SU EVALUACIÓN

Número de actuaciones e iniciativas de mejora, de tipo estructural, implantadas en el Centro, relativas a los motivos de reclamación más frecuentes en los tres servicios que registren mayor número de reclamaciones

Se obtendrá el 100% de la puntuación asignada cuando la memoria, registrada en RESU, defina, al menos 1 propuesta de mejora implantada, por semestre, en los 3 servicios que registren mayor número de reclamaciones durante ese mismo periodo, así como la evaluación y el impacto conseguido.

**OBJETIVOS
DE ÁREA
DE SALUD**

2024

OBJETIVO 1**Mejora de la eficiencia y calidad en la gestión de la facturación de recetas**

INDICADOR 1	Revisión mensual de las recetas facturadas y tramitación de las diferencias incursas en alguna causa de nulidad tipificada en el Concierto
ÁMBITO	Provincial
VALOR	30 puntos
CÁLCULO	Nº meses con recetas devueltas confirmadas en parte estadístico 2024 x 100/ Nº meses facturados y de los cuales se han podido confirmar diferencias según Concierto en 2024
FUENTE	Sistema de información CONCYLIA: informe B.O. diseñado para tal fin por la DTF
ESTÁNDAR	<p>a) $\geq 80\%$ de los meses facturados habrá recetas devueltas y confirmación en parte estadístico de las diferencias detectadas por la Gerencia de Salud de Área o de Asistencia Sanitaria y el Colegio Provincial de Farmacéuticos en todos los meses facturados, y teniendo en cuenta los plazos que recoge el Concierto en su "Anexo D, procedimiento de facturación"</p> <p>b) Memoria de 2 planes de inspección anuales: 1 propuesto por la Dirección Técnica de Farmacia y 1 a elección del Área</p>

OBJETIVO 2

Impulsar actividades de Inspección médica 2024

INDICADOR 2.1	Adecuación de la prestación de IT
INDICADOR 2.1.a	Adecuación del Gasto medio (prestación económica) en IT en CyL
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Porcentaje de desviación respecto a la media nacional
FUENTE	SAGITARIO / Convenio INSS-Sacyl
ESTÁNDAR	Desviación <3%
INDICADOR 2.1.b	Adecuación de la IT de centros propios a la población general
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Implantación de un programa provincial consensuado
FUENTE	Informe de la División de Asistencia Sanitaria e Inspección
ESTÁNDAR	Nivel 1: Acta de implantación Nivel 2: Acta de seguimiento semestral

OBJETIVO 3. Programas de cribados poblacionales 2024

OBJETIVO 3.1 Colonoscopias realizadas en menos de 2 meses en el cribado de cáncer colorrectal

INDICADOR	Colonoscopias realizadas en tiempo (< 2 meses) en el cribado de cáncer colorrectal
VALOR	25 puntos
CÁLCULO	En las comisiones de coordinación para el cribado de cáncer colorrectal, con periodicidad trimestral, se analizará el tiempo transcurrido entre el test de sangre oculta en heces y la prueba de confirmación diagnóstica (colonoscopia), estableciendo los objetivos y propuestas de mejora que se precisen.
FUENTE	HORUS: aplicación informática para la gestión del programa de cribado
ESTÁNDAR	Informes de la comisión de coordinación para el cribado de cáncer colorrectal

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La comisión de coordinación para el cribado de cáncer colorrectal de cada Área (Atención Primaria/Hospital/Servicio Territorial de Sanidad) realizará un seguimiento continuo de los resultados de cribado y la realización de la prueba de confirmación diagnóstica (colonoscopia), aunque la evaluación será anual.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

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

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

OBJETIVO 3.2

Despistaje cribado de cáncer de cuello de útero (CCU)

INDICADOR	Estudio ginecológico de confirmación realizado en tiempo (≤ 4 semanas) en el cribado de cáncer de cuello de útero (CCU)
VALOR	25 puntos
CÁLCULO	<p>Número mujeres participantes en el Programa de prevención y detección precoz del CCU que con uno de los siguientes resultados positivos en la primera fase del cribado: Lesión citológica (HSIL, ASC-H, ACG / ACG-H) y/o resultado VPH 16 o 18, con indicación de ser derivadas a atención hospitalaria para realización de estudio ginecológico en un tiempo ≤ 4 de semanas.</p> <p>El tiempo de atención se contabilizará desde la fecha en que el Servicio Territorial de Sanidad emite el resultado final de la primera fase de cribado hasta la fecha de atención en la Consulta de Ginecología.</p> <p>Se procederá al cálculo del indicador cuando estén grabados en la aplicación PCAN cérvix al menos un 80 % de los casos derivados a cada centro sanitario por el resultado positivo descrito previamente.</p>
FUENTE	PCAN cérvix: aplicación informática para la gestión del Programa de prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero.
ESTÁNDAR	<p>Porcentaje de mujeres con resultado positivo en la primera fase de cribado (Lesión citológica (HSIL, ASC-H, ACG / ACG-H) y/o Resultado VPH 16 o 18) que tienen indicación de derivación a atención hospitalaria, y que han sido citadas en la Consulta de Ginecología en menos de 4 semanas desde la fecha de resultado final de la primera fase de cribado (registrada en PCAN cérvix).</p> <p>La puntuación se obtendrá cuando el valor del indicador sea mayor del 75% de las mujeres positivas derivadas para atención en Consulta de Ginecología en menos de 4 semanas para confirmación diagnóstica.</p>

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN:

- **Numerador:** Número de mujeres participantes en el Programa con indicación de derivación a atención hospitalaria para estudio ginecológico (por resultado/s de primera fase de cribado positivo/s con Lesión citológica (HSIL, ASC-H, ACG / ACG-H) y/o Resultado VPH 16 o 18) cuya primera cita en la Consulta de Ginecología se ha realizado en un tiempo menor de 4 semanas.
- **Denominador:** Número total de mujeres participantes en el Programa con indicación de derivación a atención hospitalaria para estudio ginecológico (por resultado/s de primera fase de cribado positivo/s con lesión citológica (HSIL, ASC-H, ACG / ACG-H) y/o Resultado VPH 16 o 18) con indicación de atención en Consulta de Ginecología.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

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

La puntuación se obtendrá cuando el valor del indicador sea mayor del 75% de las mujeres positivas derivadas y citadas en Consulta de Ginecología en menos de 4 semanas.

OBJETIVO 4

De mejora de la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica a través de receta en el Área de Salud.

160 puntos

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

OBJETIVOS GENERALES		ESTANDAR	PTOS.
Cumplir el presupuesto de prestación farmacéutica a través de receta (cap IV) El cumplimiento de los siguientes indicadores en cualquiera de los estándares será valorado en caso de no cumplimiento o cumplimiento parcial del objetivo de presupuesto cap IV, hasta la puntuación máxima del objetivo.		≤98%	160
		>98% y ≤99%	110
		>99% y ≤100%	80
		>100% y ≤101%	35
IV.1	Selección de IBP eficientes	≥ 76% 70% y < 76%	4 3
IV.2	Selección de IECA y ARAII eficientes	≥57 % ≥ 51% y < 57%	3 2
IV.3	Selección de antidepresivos eficientes	≥ 45% ≥ 37% y < 45%	3 2
IV.4	% Selección en osteoporosis eficientes	≥58 % ≥ 50% y < 58 %	3 2
IV.5	% de opioides mayores No eficientes	≤ 30% >30 % y ≤ 36%	3 2
IV.6	% CPA con EFG	≥73 % ≥71% y <73%	3 2
IV.7	% biosimilares del PA insulina glargina	≥ 14% ≥ 10% y < 14%	3 2
IV.8	% de enoxaparina biosimilar en relación con el total de HBPM	≥ 33% ≥ 27 % y < 33 %	3 2
IV.9	% selección análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina eficiente (Leuprorelina)	≥ 68% ≥ 62 % y < 68 %	3 2
IV.10	DHD de Antibióticos	≤15,5 >15,5 y ≤18 >18 y <19	10 5 2
IV.11	DHD de Inhibidores de la bomba de protones	≤ 18% >18% y ≤ 20%	6 3
IV.12	Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO.	>3%:	10
IV.13	Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente.	>10%:	10
IV.14	Revisión del plan terapéutico: consulta de informe de priorización de pacientes a revisar.	>40%:	10
IV.15	Impulsar la coordinación en el área para abordar iniciativas que garanticen el cumplimiento presupuestario	≥2	10

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

- Variaciones relevantes de población de 2024 frente a la población 2023
- 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 del 1-14, ambos inclusive, es el Sistema de Información de consumo farmacéutico Concyllia. Para el indicador 15, se precisará la remisión de las actas/informes de seguimiento a la Dirección Técnica de Farmacia.

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 PA eficiente: omeprazol (A02BC01)	↑ Crecer
% Eficientes Estatinas	% de DDD de estatinas eficientes frente al total de DDD de estatinas PA eficiente: simvastatina (C10AA01).	↑ Crecer
% Eficientes IECA_ARA2	% de DDD de medicamentos del sistema renina angiotensina (IECA, ARA2 y sus combinaciones) eficientes frente al total de DDD de IECA y ARA2 PA eficiente: enalapril (C09AA02), ramipril (C09AA05), lisinopril (C09AA03), captopril (C09AA01), quinapril (C09AA06), enalapril_diuréticos (C09BA02), quinapril_diuréticos (C09BA06), ramipril_diuréticos (C09BA05), captopril_diuréticos (C09BA01) lisinopril_diuréticos (C09BA03), losartán (C09CA01), losartán y diuréticos (C09DA01)	↑ Crecer
% Eficientes Antidepresivos	% de DDD de antidepresivos eficientes frente al total de DDD de antidepresivos. PA eficiente: fluoxetina (N06AB03), citalopram (N06AB04), paroxetina (N06AB05), sertralina (N06AB06).	↑ Crecer
% de opioides mayores No eficientes	% DDD opioides mayores NO eficientes respecto del total de opioides mayores (N05A). PA NO eficientes: fentanilo de liberación rápida (N02AB03- determinados conjuntos), oxycodona naloxona (N02AA55) y tapentadol (N02AX06).	↓ Decrecer/ mantener
% Eficientes osteoporosis	% de DDD de medicamentos eficientes para la osteoporosis frente al total de DDD (bisfosfonatos -M05BA,M05BB)- + M05BX (denosumab M05BX04) + SERMS -G03XC- + H05AA (teriparatida H05AA02) + romosozumab (M05BX06). PA eficiente: 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
DHD de Antibióticos	DDD ATB J01 *1000/ n.º habitantes x día (Se consideran habitantes los usuarios)	↓ Decrecer/ mantener
DHD de IBP	Nº de DDD de IBP (A02BC) *1000/ n.º habitantes x día (Se consideran habitantes los usuarios con TS en Sacyl)	↓ Decrecer/ mantener

EXPLICACIÓN SOBRE EL INDICADOR

INDICADORES	DEFINICIONES	OBJETIVO
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 fármaco 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.	
Impulsar la coordinación en el área para abordar iniciativas que garanticen el cumplimiento presupuestario	Se mantendrán, al menos 2 reuniones a lo largo del año de la Comisión de Uso Racional o equivalente en el Área, para abordar iniciativas que contribuyan al cumplimiento presupuestario. Se precisará de actas o informes en el que se constate su impulso y seguimiento de resultados en el Área.	

OBJETIVO 5

Fomentar la implantación de la cultura de calidad e implicar a las unidades asistenciales en la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente mediante el sistema de reconocimiento SACYL EXCELENTE

INDICADOR 5.1	Evaluación del grado de cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente y plan de mejora
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Servicios hospitalarios/centros de salud que han realizado la autoevaluación del grado de cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente en su unidad y elaborado el correspondiente plan de mejora, como paso previo para acceder al sistema de reconocimiento SACYL Excelente.
FUENTE	Cuestionarios de autoevaluación Planes de mejora
ESTÁNDAR	<ul style="list-style-type: none"> • En atención hospitalaria, en función del nivel de complejidad del hospital/complejo asistencial (primer, segundo o tercer nivel), deberán realizar la autoevaluación y elaborar el correspondiente plan de mejora, al menos, 1, 2 ó 3 servicios hospitalarios, respectivamente. En los dos últimos niveles deberán realizar la autoevaluación y el plan de mejora al menos un servicio médico y otro quirúrgico. • En atención primaria deberán realizar la autoevaluación y elaborar el correspondiente plan de mejora, al menos, 2 centros de salud.

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Para valorar el cumplimiento del indicador cada gerencia remitirá, antes del 31 de enero de 2025, a calidad.grs@saludcastillayleon.es, los cuestionarios de autoevaluación cumplimentados por los servicios hospitalarios/centros de salud y los planes de mejora que den respuesta a las áreas de mejora identificadas en cada uno de ellos.

La puntuación del indicador a nivel de área de salud será el promedio de la puntuación obtenida por atención primaria y atención hospitalaria.

Mejora de la seguridad de la práctica clínica mediante SISNOT

INDICADOR 5.2	Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente		
VALOR	20 puntos		
CÁLCULO	<p>Nº servicios hospitalarios y centros de atención primaria que utilizan¹ un sistema de notificación relacionado con la seguridad del paciente.</p> <p>¹Se 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"> 1. Recibe \geq 10 notificaciones/año, 2. Analiza más del 90% de las notificaciones recibidas proponiendo mejoras e 3. Implanta, al menos, el 25% de estas mejoras.transmisión de MMR. 		
FUENTE	Informes obtenidos de SISNOT		
ESTÁNDAR	Nivel 1	La gerencia utiliza SISNOT para aprender e introducir mejoras	40%
	Nivel 2	Al menos 2 servicios del hospital o 2 centros de salud utilizan SISNOT	70%
	Nivel 3	<p>En el Área de Salud utilizan SISNOT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 centros de salud • 3-5 servicios del hospital (según tamaño del centro): <ul style="list-style-type: none"> - HMC, HSA y HSR: 3 servicios. - CAAV, CASE, CASO, CAUPA, CAZA y HBI: 4 servicios. - CAUBU, CAULE, CAUSA, HCUV y HURH: 5 servicios. 	100%

CRITERIOS DE VALORACIÓN

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

La puntuación del indicador a nivel de área de salud será el promedio de la puntuación obtenida por atención primaria y atención hospitalaria; en esta última, en las áreas donde concurren varios hospitales, previamente 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**Disminuir la siniestralidad laboral por accidentes de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo****Objetivo 6.1: Disminuir la siniestralidad laboral por accidentes de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo**

INDICADOR 6.1	Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja laboral
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ accidentes en jornada de trabajo con baja laboral ocurridos en el año} * 100.000 / \text{N}^\circ \text{ trabajadores activos en el año}$
FUENTE	Cuadro de mando de siniestralidad de Pérsigo PRL
ESTÁNDAR	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.

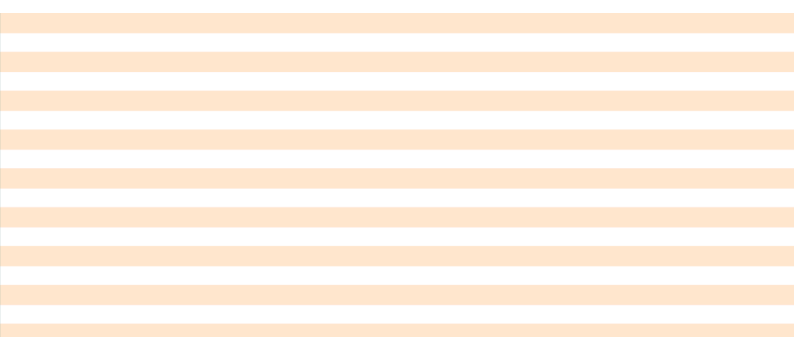
El objetivo de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, en atención a sus peculiares características, se obtendrá calculando la mediana de los resultados de los tres años naturales mencionados anteriormente.

Los objetivos individualizados por Áreas de Salud y Emergencias Sanitarias se fijarán a principios de 2024, una vez que se conozcan los datos definitivos de siniestralidad de 2023.

Objetivo 6.2: Cobertura de vacunación del personal de los centros sanitarios frente a la gripe estacional

INDICADOR 6.2	Porcentaje de personal vacunado frente a la gripe estacional										
VALOR	15 puntos										
CÁLCULO	<p>Nº de trabajadores vacunados * 100 / Nº de trabajadores activos en el año</p> <p>Se asignará la puntuación en función de los siguientes porcentajes.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cobertura alcanzada</th> <th>Puntos obtenidos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 75%</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>65-75%</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>55-65%</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><55%</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Cobertura alcanzada	Puntos obtenidos	≥ 75%	15	65-75%	10	55-65%	5	<55%	0
Cobertura alcanzada	Puntos obtenidos										
≥ 75%	15										
65-75%	10										
55-65%	5										
<55%	0										
FUENTE	Sistema Información Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional										
ESTÁNDAR	75% de la plantilla de la Gerencia										

Se toma como referencia la cifra del 75% ya que es el objetivo marcado por la Organización Mundial de la Salud. Dado que este objetivo es muy ambicioso y complicado de conseguir, se estima conveniente comenzar a puntuar a partir del 55%, teniendo en cuenta los criterios que se manejaban antes de tener esta referencia.



ANEXOS

2024



SALUD DIGITAL

2024

INDICADOR 1	Implantación y efectividad de la interconsulta no presencial (IEICNP)
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	<p>IEICNP = (AxB) x 20</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"> • Nivel 1: > 15 % (3 puntos) • Nivel 2: > 10% (2 puntos) • Nivel 3: > 5 % (1 punto) <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"> • Nivel 1: > 50% (3 puntos) • Nivel 2: > 40% (2 puntos) • Nivel 3: > 30% (1 punto)
FUENTE	BISION
ESTÁNDAR	<p>El indicador A alcanzará al menos el nivel 3 en dermatología.</p> <p>En caso de que IEICNP >9, la puntuación será el 100% de la asignada al indicador</p> <p>Si el Área alcanza IEICNP >5, el 75%</p> <p>Si consigue IEICNP>1, el 50%</p>

CÁLCULO

Indicador A = Interconsultas no presenciales AP-AH sobre el total de solicitudes de primeras consultas externas

N° de interconsultas no presenciales AP-AH / N° 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 resolutive 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 entre el profesional de atención primaria y el profesional de atención hospitalaria (sin presencia del paciente) 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 > 9

Criterios de valoración del resultado obtenido: 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 2024 y la capacidad resolutive media de la ICNP en el Área de Salud (% consultas resueltas con resultado ALTA).

Valoración

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

INDICADOR 2	Despliegue de nuevos módulos de la HCE única: CIRUS y gestor peticiones de pruebas radiológicas
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	<p>Índice de despliegue de nuevos módulos HCE-AH= [(0,4 A)+ (0,1 B)+ (0,5C)] x 20</p> <p>A. Utilización del gestor de peticiones de pruebas radiológicas: N° peticiones de pruebas radiológicas (cualquier modalidad) solicitadas a través del gestor x 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 con las recomendaciones de la GRS</p> <p>C. Utilización de los módulos de CIRUS, de acuerdo con el cronograma propuesto por la DG Salud Digital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % 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) - % 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) - % 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) - % 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) - % de informes de Cirugía Ambulatoria realizados en CIRUS = N° de informes de Cirugía Ambulatoria validados en CIRUS / N° intervenciones de Cirugía Ambulatoria realizadas en CIRUS x 100 (en el mismo periodo)
FUENTE	<p>A: Gestor peticiones Rx. Ficheros LECYT, BISION. HIS/RIS</p> <p>B: Proyecto de despliegue y gestión del cambio elaborado por el hospital para la implantación del módulo quirúrgico HCE</p> <p>C: CIRUS. HIS.</p>
ESTÁNDAR	<p>A: ≥40%</p> <p>B. El hospital evalúa su proceso quirúrgico actual y remite un proyecto de gestión del cambio y despliegue del módulo de atención al paciente quirúrgico (CIRUS) a la GRS</p> <p>C: ≥80% en la fase de consultas y programación / ≥40% en las fases pre-intra y postquirúrgica / ≥80% informe CMA</p>

CÁLCULO

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 se ha habilitado para su uso para pruebas programadas.

Criterios de valoración del resultado obtenido: Para el cumplimiento del objetivo será imprescindible que en el 4T de 2024 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...), 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 autoevalúe su proceso quirúrgico de acuerdo con el check de buenas prácticas que será facilitado por la Gerencia Regional de Salud y remita un proyecto de despliegue y gestión del cambio a la DG Salud Digital antes del comienzo de la implantación, de acuerdo con 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 con el 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. 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 2024, de acuerdo con el 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.

INDICADOR 3	Índice de calidad y mejora en el registro de los Sistemas de Información Sanitaria en AH (ICMSIH)
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	ICMSIH= (0,3 A + 0,2 B + 0,1 C + 0,4 D) x 10 A: Cobertura trimestral en la codificación del RAE-CMBD de Hospitalización B: Cobertura trimestral en la codificación del RAE-CMBD de Cirugía Ambulatoria C: Cobertura mensual en la codificación del RAE-CMBD de Urgencias D: Calidad en la cumplimentación de los registros en los ficheros de Lista de Espera correspondientes a LECYT (Consultas Externas Y Técnicas Diagnósticas)
FUENTE	CMBD, SIAE, Ficheros LECYT
ESTÁNDAR	A y B: Cobertura trimestral \geq 95% y remisión antes del fin del mes siguiente C: Cobertura trimestral \geq 90% y remisión en los primeros 7 días del mes siguiente D: 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 altas de hospitalización codificados trimestralmente x 100/ N° de altas de hospitalización recogidas en el periodo según CMBD.

Fuente: CMBD.

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 altas de CMA codificados trimestralmente x 100 / N° de altas de CMA recogidos en el periodo según CMBD

Fuente: CMBD

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: COBERTURA MENSUAL EN LA CODIFICACIÓN DEL RAE-CMBD DE URGENCIAS

Cálculo: N° de altas de Urgencias codificados mensualmente x 100 / N° de altas recogidos en el periodo según CMBD

Fuente: CMBD

Estándar: ≥ 90% trimestral

b Mantener una cobertura suficiente con periodicidad mensual 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 90% codificado del mes en curso y que el fichero sea remitido a la DG Salud Digital en los primeros 7 días 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 D: CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS EN LOS FICHEROS DE LISTA DE ESPERA CORRESPONDIENTES A LECYT (CONSULTAS EXTERNAS Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS)

Cálculo: N° de registros correctamente cumplimentados en cada fichero x 100 / N° total de registros

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

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

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

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

Criterios de valoración del resultado obtenido:

- La cumplimentación de los campos y la concordancia de los valores de las variables (Ej.: fechas incongruentes, tipo de cita=3 sin fecha de indicación...) serán adecuados en ≥ 95% de los casos.
- Los ficheros serán enviados mensualmente a 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 ≥ 95%



INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

2024

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.

Puntos 50

ÍNDICE DE GESTIÓN DE LA I+i IG = I1 + I2

INDICADOR 1	Estructura de la I+i
VALOR	12.50 puntos
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Comisión de Investigación (e Innovación) en el Área Máx. 5 <ul style="list-style-type: none"> - General (con docencia, formación...) 2.50 - Específica de investigación e innovación 3.75 - Conjunta entre AH y AP 5.00 • Funcionamiento de la Comisión de Investigación (e Innovación) Máx. 2.5 <ul style="list-style-type: none"> - Nº reuniones igual a 0 0 - Nº reuniones menor de 4 1.25 - Nº de reuniones mayor o igual a 4 2.50 • Existencia de un responsable de Investigación y/o innovación en el Área Máx. 2.5 <ul style="list-style-type: none"> - En la Gerencia del Hospital/es del Área 1.25 - En la Gerencia de Atención Primaria del Área 1.25 - En las Gerencias de Asistencia Sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> Responsable en AP 1.25 Responsable en AE 1.25 • Existencia de Unidad de apoyo a la investigación y la innovación Máx. 2.5 <ul style="list-style-type: none"> - En el Área de Salud que preste apoyo a AE y AP 2.50 - Solo para Atención especializada 1.25 - Solo para Atención Primaria 1.25
FUENTE	Memoria de Investigación e Innovación Anual
ESTÁNDAR	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	Sistematización de la gestión de la I+i
VALOR	12.50 puntos
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de objetivos asociados a los procesos de I+i 2.5• Existencia de líneas de investigación definidas 2.5• Existencia de plan de actuación de I+i con actividades de difusión, fomento, formación, asesoramiento o tutorización, difusión de resultados, reconocimiento 2.5• Existencia de indicadores asociados a las actuaciones o procesos de I+i 2.5• Existencia de evaluación y propuestas de mejora de I+i 2.5
FUENTE	Memoria de Investigación e Innovación Anual
ESTÁNDAR	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 = I1 + I2

INDICADOR 1	Procesos de Investigación e innovación
VALOR	12.50 puntos
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> <p>• 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</p> <p style="text-align: right;">Máx. 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ningún responsable: 0 - Menor del 25% de los centros: 1.25 - Mayor o igual del 25 % y menor al 50 %: 2.50 - Mayor o igual del 50 % y menor del 90%: 3.75 - Mayor o igual al 90%: 5 <p>• Actividad. Proyectos de investigación/innovación activos financiados en convocatoria de concurrencia competitiva con participación del personal del área de salud</p> <p style="text-align: right;">Máx. 2.5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ningún proyecto: 0 - Nº proyectos mayor o igual a 1 y menor de 10: 1.25 - Nº de proyectos mayor o igual a 10: 2.50 <p>• Recursos. Porcentaje de fondos de investigación/innovación captados revertidos en procesos de investigación/innovación del área de salud</p> <p style="text-align: right;">Máx. 2.5</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0%: 0 - Mayor del 0% y menor del 80%: 1.25 - Mayor o igual a 80%: 2.50

CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Masa crítica de investigadores 	Máx. 2.5
	Porcentaje de profesionales sanitarios que forman parte de grupos de investigación	
	- 0%	0
	- Mayor de 0% y menor de 50 %	0.625
	- Mayor o igual al 50 %	1.25
Porcentaje de profesionales sanitarios que participan en proyectos de investigación activos en convocatorias de concurrencia competitiva		
- 0%	0	
- Mayor de 0% y menor de 50 %	0.625	
- Mayor o igual al 50 %	1.25	
FUENTE	Memoria de Investigación e Innovación Anual	
ESTÁNDAR	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 0 en todos los indicadores	

INDICADOR 2	Procesos de transferencia de resultados																														
VALOR	12.50 puntos																														
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> <p>• 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 Máx. 5</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Ninguno</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor del 0% y menor del 30%</td> <td style="text-align: right;">1.25</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor o igual al 30%</td> <td style="text-align: right;">2.50</td> </tr> </table> <p>• Impacto normalizado. Tasa de citación normalizada durante el periodo evaluado Máx. 2.5</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Menor de 0,3%</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- 0,3-0,6 %</td> <td style="text-align: right;">1.25</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor o igual a 0,6 %</td> <td style="text-align: right;">2.50</td> </tr> </table> <p>• 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 Máx. 2.5</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Menor del 10%</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor o igual al 10% y menor del 50%</td> <td style="text-align: right;">1.25</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor o igual al 50%</td> <td style="text-align: right;">2.50</td> </tr> </table> <p>• Nº de Guías de Práctica Clínica con algún autor del Área de Salud publicadas en revistas indexadas Máx. 2.5</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- 0</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- 1</td> <td style="text-align: right;">1.25</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor o igual a 2</td> <td style="text-align: right;">2.50</td> </tr> </table> <p>• 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 Máx. 2.5</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- 0</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- 1</td> <td style="text-align: right;">1.25</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Mayor o igual a 2</td> <td style="text-align: right;">2.50</td> </tr> </table> 	- Ninguno	0	- Mayor del 0% y menor del 30%	1.25	- Mayor o igual al 30%	2.50	- Menor de 0,3%	0	- 0,3-0,6 %	1.25	- Mayor o igual a 0,6 %	2.50	- Menor del 10%	0	- Mayor o igual al 10% y menor del 50%	1.25	- Mayor o igual al 50%	2.50	- 0	0	- 1	1.25	- Mayor o igual a 2	2.50	- 0	0	- 1	1.25	- Mayor o igual a 2	2.50
- Ninguno	0																														
- Mayor del 0% y menor del 30%	1.25																														
- Mayor o igual al 30%	2.50																														
- Menor de 0,3%	0																														
- 0,3-0,6 %	1.25																														
- Mayor o igual a 0,6 %	2.50																														
- Menor del 10%	0																														
- Mayor o igual al 10% y menor del 50%	1.25																														
- Mayor o igual al 50%	2.50																														
- 0	0																														
- 1	1.25																														
- Mayor o igual a 2	2.50																														
- 0	0																														
- 1	1.25																														
- Mayor o igual a 2	2.50																														
FUENTE	Memoria de Investigación e Innovación Anual																														
ESTÁNDAR	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 0 en todos los indicadores																														

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 2025 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.



FORMACIÓN

2024

OBJETIVO 1**Mejorar la calidad de la formación de especialistas en Ciencias de la Salud en los centros sanitarios de la Gerencia Regional de Salud**

INDICADOR 1	Mejora de la gestión de la FSE
VALOR	50 puntos
CÁLCULO	<p>Índice de mejora (IC) = Σ de los indicadores ponderados: IC=IC1+IC2+IC3+IC4+IC5+IC6 +</p> <p>Indicador I1: Encuesta del residente. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas.</p> <p>Indicador I2: Fomento de la investigación de los residentes.</p> <p>Indicador I3: Participación de los tutores en actividades de formación.</p> <p>Indicador I4: Seguimiento de objetivos y acciones correctivas y/o preventivas.</p> <p>Indicador I5: Realización del 100% del PTC.</p> <p>Indicador I6: Gestión de la comunicación.</p>
FUENTE	<p>Memoria de formación especializada aprobada en Comisión de Docencia y ratificada por Gerente.</p> <p>Actas de Comisión de Docencia.</p> <p>Plan de gestión de calidad docente.</p> <p>Encuesta de satisfacción de residentes.</p> <p>Datos procedentes de Gestion@FC.</p> <p>Portal de Salud / Intranet.</p>
ESTÁNDAR	Los de cada indicador para obtener las puntuaciones parciales.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

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

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

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

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

Fuente: encuesta de satisfacción de los residentes.

Estándar: superior a 5/10.

Valoración:

- Porcentaje de participación menor del 40%: 0 puntos.
- Porcentaje de participación entre el 40% y 60%: 5 puntos.
- Porcentaje de participación superior al 60%: 10 puntos.

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

Indicador I2: Fomento de la investigación de los residentes.

Cálculo: número de residentes que participan en proyectos de investigación o que han iniciado el programa de doctorado. Los proyectos de investigación han de estar directamente relacionados con la especialidad, aprobados por el CEIC.

Fuente: informe del jefe de estudios, ratificado por el gerente.

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

Valoración:

20%-30% residentes: 5 puntos.
Más de 30% de residentes: 10 puntos.

Indicador I3: Participación de los tutores en actividades de formación

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

Fuente: datos obrantes en Gestion@FC.

Estándar: tutores que han realizado al menos una actividad.

Valoración: 80% de tutores que han realizado al menos una actividad: 5 puntos.

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

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

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

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

Valoración: en caso de haber realizado el análisis de cumplimiento de todos los objetivos y la implantación, en su caso, de medidas correctivas y/o preventivas respecto del 50% o más de los objetivos fijados: 10 puntos.

Indicador I5: Realización del 100% del PTC

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

Fuente: memoria de formación sanitaria especializada ratificada por el gerente. Plan de gestión de calidad docente y documentos relacionados e informes de coordinación y difusión con evidencias de realización. Actas de la comisión de docencia. Portal de salud/intranet.

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

Valoración: realización del 100% del ptc: 10 puntos.

Indicador I6: Gestión de la comunicación.

Cálculo: establecer un plan de canales de intercomunicación en formación sanitaria especializada entre todos sus actores.

Fuente: plan de gestión de calidad docente y documentos relacionados e informes de coordinación y difusión con evidencias de realización.

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

Valoración: la existencia de un plan de canales de intercomunicaciones y análisis y detección: 5 puntos.

