

PAG

2025

**GERENCIA
REGIONAL
DE SALUD**

ESTRUCTURA	4
CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO	5
OBJETIVOS E INDICADORES	6
OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	7
OBJETIVO 1. Alcanzar los estándares de cobertura mínima exigidos para cada uno de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios.....	9
OBJETIVO 2. Mejorar la calidad en la atención y los resultados en salud relacionados con los procesos asistenciales y la cartera de servicios de Atención Primaria.....	12
OBJETIVO 3. Mejorar la accesibilidad y la continuidad asistencial mediante telepresencia, sobre todo de las personas con dificultad para la movilidad y de aquellas que viven en zonas rurales y/o alejadas de su hospital de referencia.....	20
OBJETIVO 4. Coordinación con los centros residenciales para la mejora de la calidad asistencial.....	21
OBJETIVO 5. Excelencia en la atención, calidad y asistencia en atención primaria centrado en crónicos y polimedicados.....	22
OBJETIVO 6. Acreditación de los equipos PROA de AP y mejora de la utilización de antibióticos.....	30
OBJETIVO 7. Aumentar la identificación, implantación y evaluación de las acciones de mejora derivadas de la gestión de las reclamaciones en los Centros.....	31
OBJETIVOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	33
OBJETIVO 1. Mejora la equidad y la accesibilidad en la atención a la población.....	35
OBJETIVO 2. Mejora de la efectividad y capacidad de resolución en la asistencia.....	44
OBJETIVO 3. Seguridad y adecuación.....	47
OBJETIVO 4. Mejorar la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica en Atención Hospitalaria.....	50
OBJETIVO 5. Acreditación de los equipos PROA de AH y mejora de la utilización de antibióticos.....	55
OBJETIVO 6. Calidad y seguridad del paciente.....	56
OBJETIVO 7. Aumentar la identificación, implantación y evaluación de las acciones de mejora derivadas de la gestión de las reclamaciones en los Centros.....	62
OBJETIVO 8. Control de Inventario y Gestión de Infraestructuras.....	64

OBJETIVOS DE ÁREA DE SALUD	68
OBJETIVO 1. Mejora de la calidad, la seguridad y la eficiencia de la prestación farmacéutica mediante la gestión de la facturación y las actividades de inspección farmacéutica.	70
OBJETIVO 2. Inspección Médica.	71
OBJETIVO 3. Salud Pública.....	72
OBJETIVO 4. Mejora de la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica a través de receta en el Área de Salud.....	86
OBJETIVO 5. Mejora de la seguridad de la práctica.....	88
OBJETIVO 6. Protección de la Seguridad y Salud de las trabajadoras y trabajadores.....	92
OBJETIVO 7. SACYL Excelente.....	94
V. ANEXOS	96
SALUD DIGITAL	98
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	105
OBJETIVO 1. Establecer y/o consolidar las estructuras y los sistemas de gestión de la I+i.	106
OBJETIVO 2. Impulsar los procesos de investigación e innovación y transferencia de resultados a través de la traslación y la explotación.....	108
FORMACIÓN ESPECIALISTAS	111
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.	112
OBJETIVO 2. Seguimiento y evaluación del plan formativo.....	115

ESTRUCTURA

El presente documento, Plan Anual de Gestión para el año 2025, se estructura en objetivos establecidos para Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Objetivos de Área comunes. Asimismo, se establece un objetivo de cumplimiento presupuestario como elemento fundamental para garantizar la viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Los objetivos de Atención Primaria se centran en asegurar la accesibilidad, la presencialidad y la cobertura de la cartera de servicios, así como en mejorar la calidad en la atención y resultados en salud. Se pone un especial interés en el desarrollo de los cuidados en el medio rural con el apoyo de las nuevas tecnologías, 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 cobertura vacunal, de mejora en la eficiencia y calidad de la prestación farmacéutica, 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, y 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	Coeficiente
CÁLCULO	$\frac{\text{Gasto Real (Capítulo I y II y subconcepto 4800Z)} \times 100}{\text{Límite de gasto fijado en el P. A. G. (Capítulos I y II y subconcepto 4800Z)}}$
FUENTE	Fichas FGE y SICCAL
ESTÁNDAR	5 niveles

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

El importe asignado en el Plan Anual de Gestión incluye:

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

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

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

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

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



PAG

2025

**OBJETIVOS
DE ATENCIÓN
PRIMARIA**



ATENCIÓN PRIMARIA -INDICADORES	
OBJETIVO 1	<p>ALCANZAR LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA EXIGIDOS PARA CADA UNO DE LOS SERVICIOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS</p> <p>Indicador 1: Cobertura Cartera de Servicios.</p>
OBJETIVO 2	<p>MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y LOS RESULTADOS EN SALUD RELACIONADOS CON LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>Indicador 2: Índice de calidad en la práctica asistencial (ICPA).</p>
OBJETIVO 3	<p>MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE TELEPRESENCIA, SOBRE TODO DE LAS PERSONAS CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD Y DE AQUELLAS QUE VIVEN EN ZONAS RURALES Y/O ALEJADAS DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA</p> <p>Indicador 3: Elaboración de protocolos de uso de la telepresencia.</p>
OBJETIVO 4	<p>EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN, CALIDAD Y ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADO EN CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS</p> <p>Indicador 4: Mejora de la coordinación sociosanitaria en los centros residenciales para facilitar la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica a través de oficinas de farmacia.</p>
OBJETIVO 5	<p>EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN, CALIDAD Y ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADO EN CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS</p> <p>Indicador 5: % 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.</p>
OBJETIVO 6	<p>ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS PROA DE AP Y MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS</p> <p>Indicador 6: Avanzar en la acreditación de los equipos PROA AP y realizar intervenciones asesoras.</p>
OBJETIVO 7	<p>AUMENTAR LA IDENTIFICACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN LOS CENTROS</p> <p>Indicador 7.1: Plazos de respuesta de las Reclamaciones</p> <p>Indicador 7.2: Reclamaciones como herramientas de mejora continua</p>

OBJETIVO 1

Alcanzar los estándares de cobertura mínima exigidos para cada uno de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios (125 puntos)

INDICADOR 1	Cobertura Cartera de Servicios
VALOR	125 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/ intervenciones Comunitarias

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

a) Servicios de actividades de prevención y promoción* Se otorga un máximo de 50 puntos.

- Se obtendrá 50 puntos cuando al menos 13 servicios de actividades de prevención y promoción, hayan alcanzado el estándar propuesto.
- Se obtendrá 15 puntos cuando al menos 11 servicios de actividades de prevención y promoción, hayan alcanzado el estándar propuesto.

b) Servicios de Procesos de atención Se otorga un máximo de 25 puntos.**

- Se obtendrán 25 puntos cuando al menos 18 servicios de procesos de atención hayan alcanzado el estándar propuesto.
- Se obtendrán 10 puntos cuando al menos 16 servicios de procesos de atención hayan alcanzado el estándar propuesto.

Nota: debido a que la cobertura del servicio PCC depende de la validación por los profesionales, este servicio se explotará para saber los valores a efectos informativos, pero no se tendrá en cuenta para obtener o quitar puntuación en este apartado de cobertura.

c) Servicios de Actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario* Se otorga un máximo de 50 puntos.**

c.1 Consejos de salud de zona. Se otorga un máximo de 25 puntos.

- Se obtendrán 25 puntos cuando al menos el 80 % de los centros de salud del área realicen 3 reuniones del Consejo de Salud de Zona.
- Se obtendrán 10 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 25 puntos.

- Se obtendrá 25 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 2025
*Actividades de prevención y promoción	
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 de 0 a 14 años	
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	
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 Atención Primaria. (60 puntos)

INDICADOR 2	Índice de calidad en la práctica asistencial (ICPA)
VALOR	60 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. Bision.
ESTÁNDAR	Se fija en cada uno de los indicadores de cada proceso

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PAG 2025

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 0 a 17 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 púerperas con valoración emocional	40%	60%
CRIBADO DE FRAGILIDAD	6. 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 2 últimos años	50%	70%
	7. 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 2 últimos años	20%	40%

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD	8. Porcentaje de personas ≥ 70 años con anamnesis de caídas en los 2 últimos años	20%	40%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	9. 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%
	10. Porcentaje de personas diagnosticadas de DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas en el último año $\leq 140/90$ mmHg	40%	50%
	11. 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%
	12. 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%
	13. Porcentaje de personas con DM2 a las que se ha realizado el FGe el último año	40%	50%
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	14. Porcentaje de personas > 15 años y obesidad ($ICM > 30$ kg/m ²) a las que se ha realizado el FGe el último año	20%	50%
	15. 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%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	16. Porcentaje de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año	40%	50%
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA (ICC)	17. Porcentaje de personas con ICC que tienen realizada la Escala Europea de autocuidado en IC, en los dos últimos años	10%	20%
ESTRATEGIA CARDIOVASCULAR	18. Porcentaje de personas ≥ 45 años con analítica de colesterol en los 5 últimos años	20%	40%
	19. Porcentaje de personas ≥ 65 años con toma de pulso y/o auscultación cardíaca y/o realización de ECG en los 2 últimos años	20%	40%

PROCESO ASISTENCIAL Sº CARTERA DE AP	INDICADORES	NIVEL MÍNIMO	ESTÁNDAR
ANTICOAGULACIÓN	20. Porcentaje de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD) a las que se ha realizado el FGe el último año	40%	60%
FIBROMIALGIA	21. Porcentaje de personas diagnosticadas de fibromialgia en los que se ha valorado, al menos una vez, el impacto en la calidad de vida (FIQ/CIF)	10%	30%
CUIDADOS PALIATIVOS (CP)	22. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor en el último año	45%	60%
	23. Porcentaje de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social	40%	50%
SALUD MENTAL	24. Porcentaje de personas con ansiedad que tienen realizado el cribado de riesgo de suicidio	10%	20%
	25. 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 **25 indicadores es de 60 puntos**.
- Para cada indicador se establece un estándar, cuya obtención proporciona la puntuación máxima que es de 2.4 puntos.
- Conseguir el nivel mínimo de cada indicador garantiza el 50% de la puntuación máxima asignada al indicador, es decir, **1.2 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 de **1.2 a 2.4 puntos**.
- 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 0 a 17 años con sobrepeso y/u obesidad y al menos 2 controles de peso al año:

$$\frac{\text{nº de niños/as de 0 a 17 años con sobrepeso y/u obesidad y al menos 2 controles de peso al año} \times 100}{\text{nº de niños/as de 0 a 17 años con sobrepeso y/u obesidad}}$$

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

$$\frac{\text{nº de personas con discapacidad* con revisión de Salud Bucodental} \times 100}{\text{Nº de personas con discapacidad*}}$$

*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

$$\frac{\text{nº de mujeres embarazadas con registro de la presencia, sospecha o ausencia de maltrato por su pareja} \times 100}{\text{nº de mujeres embarazadas}}$$

5. Porcentaje de puérperas con valoración emocional

$$\frac{\text{nº de puérperas con valoración emocional} \times 100}{\text{nº de puérperas}}$$

6. 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

$$\frac{\text{nº de personas } \geq 70 \text{ años que tienen realizada la valoración funcional de las actividades de la vida diaria a través del Índice de Barthel en los dos últimos años} \times 100}{\text{nº total de personas } \geq 70 \text{ años}}$$

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

7. 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

$$\frac{\text{nº de personas } \geq 70 \text{ años con índice de Barthel } \geq 90 \text{ y a los que se ha realizado las pruebas de ejecución de la marcha o el cuestionario Frail} \times 100}{\text{nº total de personas } \geq 70 \text{ años con índice de Barthel } \geq 90}$$

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

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

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

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

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

$$\frac{\text{nº de personas } \leq 65 \text{ años diagnosticadas de DM2 sin comorbilidad grave* con una determinación de HbA1c } \leq 7\% \times 100}{\text{nº total de personas } \leq 65 \text{ años con DM2 sin comorbilidad grave*}}$$

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

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

$$\frac{\text{nº de personas con DM2 y sin nefropatía con la media de las cifras de PA registradas } \leq 140/90 \times 100}{\text{nº de personas con DM2 y sin nefropatía}}$$

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

$$\frac{\text{nº de personas con DM2 sin retinopatía con valoración de fondo de ojo y/o interconsulta a Oftalmología} \times 100}{\text{nº de personas con DM2 sin retinopatía}}$$

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

$$\frac{\text{nº de personas con DM2 sin proceso clínico de pie diabético a las que se han valorado los pies} \times 100}{\text{nº de personas con DM2 sin proceso clínico de pie diabético}}$$

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

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

- 14. Porcentaje de personas > 15 años y obesidad (ICM>30 kg/m²) a las que se ha realizado el FGe el último año**

$$\frac{\text{nº personas > 15 años y obesidad (ICM>30 kg/m}^2\text{) a las que se ha realizado el FGe el último año} \times 100}{\text{nº personas > 15 años y obesidad (ICM>30 kg/m}^2\text{)}}$$

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

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

- 16. Porcentaje de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año:**

$$\frac{\text{nº de personas con EPOC con espirometría registrada en el último año} \times 100}{\text{nº de personas con EPOC}}$$

- 17. Porcentaje de personas con ICC que tienen realizada la Escala Europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca durante los dos últimos años:**

$$\frac{\text{nº personas con ICC que tienen realizada la Escala europea de autocuidado en IC durante dos últimos años} \times 100}{\text{nº personas con ICC}}$$

- 18. Porcentaje de personas ≥ 45 años con analítica de colesterol en los últimos 5 años:**

$$\frac{\text{nº de personas} \geq 45 \text{ años con analítica de colesterol en los últimos 5 años} \times 100}{\text{nº total de personas} \geq 45 \text{ años}}$$

- 19. Porcentaje de personas ≥ 65 años con toma del pulso y/o auscultación cardiaca y/o realización de ECG en los dos últimos años:**

$$\frac{\text{nº de personas} \geq 65 \text{ años con ECG realizado en los dos últimos años} \times 100}{\text{nº total de personas} \geq 65 \text{ años}}$$

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

$$\frac{\text{nº de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD) a las que se ha realizado el FGe el último año} \times 100}{\text{nº total de personas con tratamiento anticoagulante de acción directa (ACOD)}}$$

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

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

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

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

$$\frac{\text{nº de personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración del dolor} \times 100}{\text{nº total personas incluidas en el proceso de CP}}$$

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

$$\frac{\text{nº personas incluidas en el proceso de CP que tienen registrada la valoración social} \times 100}{\text{nº total personas incluidas en el proceso de CP}}$$

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

$$\frac{\text{nº de personas de 15 o más años con ansiedad y cribado de riesgo de suicidio} \times 100}{\text{nº de personas de 15 o más años con ansiedad}}$$

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

$$\frac{\text{nº de personas de 15 o más años con depresión y cribado de riesgo de suicidio} \times 100}{\text{nº de personas de 15 o más años con depresión}}$$

OBJETIVO 3

Mejorar la accesibilidad y la continuidad asistencial mediante telepresencia, sobre todo de las personas con dificultad para la movilidad y de aquellas que viven en zonas rurales y/o alejadas de su hospital de referencia. (30 puntos)

INDICADOR 3	Elaboración de protocolos de uso de la telepresencia
VALOR	30 puntos
CÁLCULO	Número total de protocolos de telepresencia consensuados en el área de salud para la atención sanitaria por profesionales sanitarios, de la misma o diferente categoría profesional, del mismo o diferente nivel asistencial (AP-AP; AP-AH; AH-AH).
FUENTE	Memoria de actividad remitida a la DGASYH antes del 31 de enero de 2026
ESTÁNDAR	<p>Dos niveles para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: la elaboración de al menos un protocolo de telepresencia asigna el 50% del valor del indicador. • Nivel 2: la elaboración de dos o más protocolos de telepresencia asigna el 100% del valor del indicador.

OBJETIVO 4**Coordinación con los centros residenciales para la mejora de la calidad asistencial. (50 puntos)**

INDICADOR 4	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 2026
ESTÁNDAR	Dos niveles para la evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 $\geq 47\%$: 50 puntos • Nivel 2 $\geq 40\%$: 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 de 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 Concylija 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”. Para las actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria se tendrá en cuenta el documento de referencia actualizado “Pautas generales para concretar el protocolo de coordinación entre los profesionales sanitarios de Atención primaria y los profesionales sanitarios de las Residencias”

OBJETIVO 5

Excelencia en la atención, calidad y asistencia en atención primaria centrado en crónicos y polimedicados. (355 puntos)

INDICADOR 5	% 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	355 puntos
CÁLCULO	<p>Se valora el % de UBF (cupos de médico-enfermera) que cumplen el ÍNDICE DE EXCELENCIA que tiene los siguientes componentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>Se calculará el valor de cada indicador y los puntos para cada cupo (UBF). El promedio del valor de los UBF será el valor del indicador para el área. El promedio de los puntos de cada UBF serán los puntos obtenidos por el área.</p>
FUENTE	BISION, CONCYLIA, MEDORA
ESTÁNDAR	<p>Sumatorio de la puntuación de los componentes C1+C2+C3+C4</p> <ul style="list-style-type: none"> • >200: 355 puntos. • Se obtendrán 2,5 puntos por cada unidad que supere 71. • <71: 0 puntos. <p>Las áreas que participen en el Pilotaje de Residencias cumplan con las actuaciones propuestas podrán obtener un máximo de 40 puntos de bonificación.</p>

COMPONENTE 1: DEMORAS 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	145 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 145 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 97 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.

Aquellos cupos que tengan un numero de TSI superior al cupo optimo, la demora que se solicitará será \leq a 72 horas

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
SEGUIMIENTO	Sistemas de Información Medora
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 48 horas hábiles tras el alta hospitalaria, hayan tenido una cita con la UBF (cupó 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>Por cada UBF 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%

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

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 48 horas hábiles tras el alta hospitalaria, hayan tenido una cita con la UBF (cupó 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 48 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.

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 visitas se realice conjuntamente por los dos profesionales
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 en los últimos 12 meses. BISION
ESTÁNDAR	Se calculará el valor del indicador y los puntos para cada cupo (UBF). El promedio del valor de los UBF será el valor del indicador para el área. El promedio de los puntos de cada UBF serán los puntos obtenidos por el área.: <ul style="list-style-type: none"> • Valor $\geq 70\%$: 25 puntos. • Se obtendrá 0,5 puntos por cada punto porcentual que supere el 20%. • Valor $< 20\%$: 0 puntos.
EXPLICACIÓN / JUSTIFICACIÓN	PIOFAR. Plan integral de optimización de la farmacoterapia. Asesoría y colaboración del FAP en la revisión del PT

C3. B: SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA	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 en los últimos 12 meses. BISION
ESTÁNDAR	Se calculará el valor del indicador y los puntos para cada cupo (UBF). El promedio del valor de los UBF será el valor del indicador para el área. El promedio de los puntos de cada UBF serán los puntos obtenidos por el área: <ul style="list-style-type: none"> • Valor $\geq 70\%$: 25 puntos • Se obtendrá 0,5 puntos por cada punto porcentual que supere el 20% • Valor $< 20\%$: 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	a) Consumo de antibióticos de uso sistémico (MF y PED) (1 y 7) b) Selección de ATB de espectro reducido (MF y PED) (2 y 8) c) Amoxicilina frente a amoxicilina con/sin clavulánico (MF y PED) (3 y 9) d) Consumo de macrólidos (MF y PED) (4 y 11) e) Consumo de fluoroquinolonas (MF) (5) f) Consumo de amoxicilina clavulánico (PED) (10) g) Consumo de cefalosporinas 3ª gen (MF y PED) (6 y 12) h) Indicadores por proceso de faringoamigdalitis (PED) (14)
CÁLCULO	1. DTD Antibióticos (J01) = n° DDD J01 * 1000 / n° tarjetas sanitarias* x día 2. % DDD de ATB espectro reducido = n° DDD de (J01CA+J01CE+J01CF+J01XX01) * 100 / n° de DDD de J01 3. % ENV Amoxi vs Amoxi+Amoxi-cla = n° env amoxicilina (J01CA04) * 100 / n° ENV (amoxicilina (J01CA04) + amoxicilina-clavulánico (J01CR02)) 4. % DDD de macrólidos = n° DDD macrólidos (J01FA) * 100 / n° DDD ATB (J01) 5. % DDD de fluoroquinolonas = n° DDD fluoroquinolonas (J01MA) * 100 / n° DDD ATB (J01) 6. % DDD de cefalosporinas 3ª gen = n° DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) * 100 / n° DDD ATB (J01) 7. DHD aj AB = N° de DDD de antibióticos por cada mil habitantes y día ajustados por edad (0-1, 2-4, 5-13 años) 8. % en ENV selección AB = amoxicilina (J01CA04) + fenoximetilpenicilina + penicilina G (J01CE) / antibióticos del grupo (J01) x 100 9. % en ENV amoxicilina (J01CA04) / [(amoxicilina (J01CA04) + amoxicilina-clavulánico (J01CR02))] x 100 10. % en ENV amoxicilina-clavulánico (J01CR02) / antibióticos (J01) x 100 11. % en ENV macrólidos (J01FA) / antibióticos (J01) x 100 12. % en ENV cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / antibióticos (J01) x 100 13. % de pacientes con antibiótico = n° de pacientes con J01 / total de tarjetas x 100 Indicadores por proceso de faringoamigdalitis.
FUENTE	Concylia. En los informes 8.2.7 y 8.2.8 se encuentra el valor y la puntuación para cada UBF.
EXPLICACIÓN/ JUSTIFICACIÓN	Plan Nacional de resistencia a antimicrobianos. Calidad. Seguridad. Riesgo de las resistencias. Valoración cupo de Medicina de Familia (MF) y Pediatría (PED)
ESTÁNDAR	Se asignará según el promedio de puntuación de los cupos del área.

C4. B ÍNDICE DE CONSUMO RACIONAL	Adecuación del plan terapéutico a las necesidades de del paciente para evitar consumo innecesario
VALOR	10 puntos
INDICADORES	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 GRS y GAP
FUENTE	ConcyliA. En el informe 8.2.7 se encuentra el valor y la puntuación para cada UBF.
EXPLICACIÓN	El indicador Envases por persona ajustado por edad calcula coeficiente desviación respecto del entorno GRS Y GAP
ESTÁNDAR	Se asignará según el promedio de puntuación de los cupos del área

OBJETIVO 6**Acreditación de los equipos PROA de AP y mejora de la utilización de antibióticos (20 puntos)**

INDICADOR 6	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 monitorizarán la evolución de las actuaciones a desarrollar con la coordinadora de PROA para el cumplimiento del objetivo</p> <p>30 de enero de 2026: 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 o haber obtenido la certificación PROA nivel básico y cumplir con 7 estándares del nivel avanzado o excelente de acreditación (4 puntos). • Criterio 2: Realizar intervenciones educativas y asesorías con impacto en el consumo innecesario de antibióticos (12 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. Integrar al servicio de urgencias del hospital y los PAC en las actuaciones del PROA de AP (4 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 dirigida a disminuir la prescripción no necesaria de antibióticos: se podrá centrar en una enfermedad infecciosa o en un grupo de antimicrobianos.

Para cada servicio o centro de salud se establecerá un objetivo del indicador DTD en consonancia con el recogido en el objetivo de área del Índice sintético de eficiencia y calidad. Se priorizarán los centros con valores de DTD elevados, en tratamientos crónicos o de larga duración, promoviendo el conocimiento y utilización de la prescripción diferida especialmente en PAC y urgencias de hospital. etc.

El objetivo principal de la asesoría es mejorar la formación del médico prescriptor y el conocimiento sobre las guías o protocolos del área para optimizar y disminuir la exposición de antibióticos a la población del área. Las asesorías se realizarán de acuerdo con el Documento de asesorías en AP de Sacyl.

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

La memoria de actividades recogerá las intervenciones realizadas y el impacto de estas sobre los indicadores de consumo.

OBJETIVO 7

Aumentar la identificación, implantación y evaluación de las acciones de mejora derivadas de la gestión de las reclamaciones en los Centros. (10 puntos)

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 2025 en las que el informe interno emitido por el Equipo de Atención Primaria, 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 2025 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 ≤ 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 7.2	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.

PAG

2025

**OBJETIVOS
DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA**

ATENCIÓN HOSPITALARIA -INDICADORES

OBJETIVO 1	<p>MEJORA LA EQUITAD Y LA ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN</p> <p>Indicador 1.1: Disminuir la LE estructural de procedimientos quirúrgicos incluidos en el Registro de LEQ de la comunidad de Castilla y León.</p> <p>Indicador 1.2: Disminuir la LE total de procedimientos quirúrgicos incluidos en el Registro de LE (LEQ) de la Comunidad de CyL.</p> <p>Indicador 1.3: Disminuir el número de pacientes en LE total de CEX.</p> <p>Indicador 1.4: Disminuir el número de pacientes en LE total de técnicas diagnósticas.</p> <p>Indicador 1.5: Disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Tasa de entradas en LEQ por el total de consultas CGD, OFT y TRA: específica para cada Servicio.</p> <p>Indicador 1.6: Disminución de la demora máxima en intervenciones quirúrgicas incluidas en el Registro de LEQ total: específica por centro.</p> <p>Indicador 1.7: Disminución de la Demora media estructural de los pacientes incluidos en el Registro de Lista de Espera de Intervenciones quirúrgicas: específica para cada centro.</p> <p>Indicador 1.8: Mejora del rendimiento quirúrgico respecto a 2024.</p> <p>Indicador 1.9: Mejora de la relación entre el número de consulta sucesivas realizadas con el número de primeras consultas realizadas respecto al 2024.</p>
OBJETIVO 2	<p>MEJORA DE LA EFECTIVIDAD Y CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EN LA ASISTENCIA</p> <p>Indicador 2.1: Disminuir el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas.</p> <p>Indicador 2.2: Despliegue de nuevos módulos de la HCE única: CIRUS y gestor peticiones de pruebas radiológicas.</p>
OBJETIVO 3	<p>SEGURIDAD Y ADECUACIÓN</p> <p>Indicador 3.1: Adecuar los pacientes en LEQ por indicación quirúrgica prioridad 1.</p> <p>Indicador 3.2: Adecuar los pacientes en LEQ por indicación de prioridad quirúrgica 2.</p> <p>Indicador 3.3: Consultas preferentes en atención hospitalaria atendidas en menos de 15 días.</p>
OBJETIVO 4	<p>MEJORAR LA EFICIENCIA Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA</p> <p>Indicador 4.1: Eficiencia en la prestación farmacéutica en atención hospitalaria.</p> <p>Indicador 4.2: Implantación del programa de conciliación de medicación.</p> <p>Indicador 4.3: Deprescripción en pacientes polimedicados de residencias sociosanitarias y CAMP con depósito de medicamentos vinculado al hospital.</p> <p>Indicador 4.4: Índice de calidad y mejora en el sistema de gestión de farmacia hospitalaria.</p>
OBJETIVO 5	<p>CREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS PROA DE AH Y MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS</p> <p>Indicador 5.1: Avanzar en la acreditación de los equipos PROA AH y realizar intervenciones asesoras.</p>
OBJETIVO 6	<p>CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Indicador 6.1: Vigilancia de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR)</p> <p>Indicador 6.2: Mejora de la seguridad de la práctica clínica en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos</p> <p>Indicador 6.3: Mejora de la seguridad de la práctica clínica en el área quirúrgica</p>
OBJETIVO 7	<p>AUMENTAR LA IDENTIFICACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN LOS CENTROS</p> <p>Indicador 7.1: Plazos de respuestas de las Reclamaciones</p> <p>Indicador 7.2: Reclamaciones como herramientas de mejora continua</p>
OBJETIVO 8	<p>CONTROL DE INVENTARIO Y GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURAS</p> <p>Indicador 8.1: Reducción de las denominaciones incorrectas en MANSIS</p> <p>Indicador 8.2: Actualización planes de contingencia suministros</p> <p>Indicador 8.3: Plan contingencia simulacros</p> <p>Indicador 8.4: Actualización planos de usos del Hospital</p>

OBJETIVO 1**Mejorar la equidad y la accesibilidad en la atención a la población.
(205 puntos)**

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	55 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica Estructural.
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Objetivo específico anual para cada centro fijado por la DGASH

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y FUENTE

Se evaluará la capacidad del centro para reducir el número de pacientes en situación de espera estructural para procedimientos quirúrgicos. La Lista de Espera Quirúrgica Estructural (LEQ estructural) incluye a aquellos pacientes que, cumpliendo los criterios clínicos y administrativos, están pendientes de intervención quirúrgica programada. La reducción de esta lista refleja una mejora en la accesibilidad y eficiencia del sistema sanitario.

Fuente: Registro Oficial de Lista de Espera Quirúrgica de Castilla y León, obtenidos desde el cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO**Cálculo:**

Número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica Estructural.

El número de pacientes debe alcanzar los estándares fijados anualmente para cada Centro por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización (DGASH).

Evaluación:

Se realizará con el dato obtenido desde BISION a 31 de diciembre de 2025.

Si se alcanza el objetivo: 55 puntos, de lo contrario 0 puntos

INDICADOR 1.2	Disminuir la Lista de Espera TOTAL de procedimientos quirúrgicos incluidos en el Registro de Lista de Espera (LEQ) de la Comunidad de Castilla y León.
VALOR	55 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes en Lista de espera quirúrgica total
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Objetivo específico anual para cada Centro fijado por la DGASH

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y FUENTE

Se evaluará la capacidad del centro para reducir el número de pacientes en situación de espera estructural para procedimientos quirúrgicos. La Lista de Espera Quirúrgica Total incluye a aquellos pacientes que, cumpliendo los criterios clínicos y administrativos, están pendientes de intervención quirúrgica programada.

Fuente: Registro Oficial de Lista de Espera Quirúrgica de Castilla y León, obtenidos desde el cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo:

Número de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica Total.

El número de pacientes debe alcanzar los estándares fijados anualmente para cada Centro por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización (DGASH).

Evaluación:

Se realizará con el dato obtenido desde BISION a 31 de diciembre de 2025.

Si se alcanza el objetivo: 55 puntos, de lo contrario 0 puntos

INDICADOR 1.3	Disminuir el número de pacientes en Lista de Espera Total de Consultas Externas
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes en Lista de espera de consultas externas total
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Objetivo disminuir LECEX total al menos el 9%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y FUENTE

Se evaluará la capacidad del centro para disminuir el número de pacientes en Lista de Espera Total de Consultas Externas. La Lista de Espera Total de Consultas Externas: incluye a todos los pacientes pendientes de una primera consulta con un especialista incluyendo a los pacientes pendientes de cita (buzones).

Fuente: Registro Oficial de Lista de Espera Quirúrgica de Castilla y León, obtenidos desde el cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo del indicador:

Número de pacientes en Lista de Espera de Consultas Externas Total (LECEX total), incluyendo a los pacientes pendientes de cita (buzones).

Estándar:

Disminución $\geq 9\%$ respecto al número de pacientes registrados a 31 de diciembre del año anterior.

Evaluación:

Se realizará con el dato obtenido desde BISION a 31 de diciembre de 2025.

Si se alcanza el estándar: 15 puntos, de lo contrario 0 puntos

INDICADOR 1.4	Disminuir el número de pacientes en Lista de Espera Total de Técnicas diagnósticas
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Número de pacientes en Lista de espera de técnicas total
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	Objetivo disminuir LETEC total al menos 5% para cada una de las cuatro técnicas

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y FUENTE

Se evaluará la capacidad del centro para disminuir el número de pacientes en Lista de Espera Total de Técnicas diagnósticas: incluye a todos los pacientes pendientes de realización de pruebas diagnósticas (TC, RM, ECO, MAMOGRAFÍAS)

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo del indicador:

Número de pacientes en Lista de espera de técnicas total (LETEC total)

Estándar:

Disminución de la LETEC total $\geq 5\%$ para cada una de las cuatro técnicas (TC, RM, ECO, MAMOGRAFÍAS) respecto a la cifra alcanzada a 31 de diciembre de 2024, incluyendo a los pacientes pendientes de cita (buzones).

Evaluación:

Se realizará con el dato obtenido desde CATIA a 31 de diciembre de 2025.

El resultado final resultará del sumatorio de puntos correspondientes a cada prueba diagnóstica, 3.75 por prueba.

Si se alcanza el estándar, se podrá obtener un máximo de 15 puntos.

INDICADOR 1.5	Disminuir la Variabilidad de la práctica clínica: Tasa de entradas en LEQ por el total de consultas en CGD, OFT y TRA: específica para cada servicio
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Nº DE ENTRADAS EN LEQ/ Nº CONSULTAS TOTALES EN CGD Nº DE ENTRADAS EN LEQ/ Nº CONSULTAS TOTALES EN OFT Nº DE ENTRADAS EN LEQ/ Nº CONSULTAS TOTALES EN TRA
FUENTE	Elaboración a partir de información de BISION
ESTÁNDAR	Objetivo específico anual para cada Centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES QUIRÚRGICOS Y FUENTE

Este indicador mide la proporción de pacientes que ingresan en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) en relación con el total de consultas realizadas en tres especialidades: Cirugía General y Digestiva (CGD), Oftalmología (OFT) y Traumatología (TRA). Su objetivo es identificar y reducir la variabilidad en la práctica clínica entre centros, promoviendo una utilización más homogénea y eficiente de los recursos quirúrgicos.

Fuente: La información se obtendrá del cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo del indicador:

$$\text{Cirugía General y Digestiva} = \frac{\text{N.º de entradas en LEQ}}{\text{N.º total de consultas en Cirugía General y Digestiva}} \times 100$$

$$\text{Oftalmología} = \frac{\text{N.º de entradas en LEQ}}{\text{N.º total de consultas en Oftalmología}} \times 100$$

$$\text{Traumatología} = \frac{\text{N.º de entradas en LEQ}}{\text{N.º total de consultas en Traumatología}} \times 100$$

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025 y la valoración se llevará a cabo con el dato conseguido a 31 de diciembre de 2025.

Estándar:

Objetivo específico anual para cada Centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

Evaluación:

Se realizará con los datos extraídos desde BISION a 31 de diciembre de 2025, comparando los resultados obtenidos con los estándares establecidos para cada centro y especialidad.

El resultado final resultará del sumatorio de los tres valores obtenidos en cada caso, 5 puntos por cada especialidad.

Si se alcanza el estándar, se podrá obtener un máximo de 15 puntos.

INDICADOR 1.6	Disminución de la Demora Máxima en Intervenciones quirúrgicas incluidas en el Registro de Lista de Espera Quirúrgica Total: específica por centro
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	Plazo máximo de demora para intervenciones quirúrgicas programadas, con la excepción de cirugía oncológica y cirugía cardiaca no valvular
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	El estándar será específico por Centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES QUIRÚRGICOS Y FUENTE

La 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: datos disponibles en el registro oficial de Lista de Espera Quirúrgica de Castilla y León, obtenidos desde la aplicación CATIA.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Evaluación:

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025 y la valoración se llevará a cabo con el dato obtenido a 31 de diciembre de 2025.

Si se alcanza el estándar: 10 puntos, de lo contrario 0 puntos

INDICADOR 1.7	Disminución de la Demora media estructural de los pacientes incluidos en el Registro de Lista de Espera de Intervenciones quirúrgicas: específica para cada centro
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Días de disminución de demora media de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural en el año 2025 respecto al mismo indicador en el año 2024
FUENTE	Registro de Listas de espera de Castilla y León
ESTÁNDAR	El estándar será específico por Centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES QUIRÚRGICOS Y FUENTE

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.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el cuadro de mandos BISION.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025 y la valoración se llevará a cabo con el dato obtenido a 31 de diciembre de 2025.

Evaluación:

Si se alcanza el estándar 15 puntos, de lo contrario 0 puntos

INDICADOR 1.8	Mejora del rendimiento quirúrgico
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Tiempo de utilización de quirófano en jornada ordinaria y extraordinaria / tiempo disponible de quirófano en jornada ordinaria y extraordinaria*100
FUENTE	Elaboración a partir de información del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)
ESTÁNDAR	El estándar será específico por Centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización

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

El rendimiento quirúrgico se define como el porcentaje de aprovechamiento del quirófano, medido en función del tiempo real ocupado por los pacientes respecto al tiempo total disponible, siendo el valor óptimo aquel que maximiza la ocupación sin generar prolongaciones innecesarias ni comprometer la seguridad o la calidad asistencial.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo:

Índice de consultas sucesivas/primeras=

$$\frac{\text{Tiempo de utilización de quirófano en jornada ordinaria y extraordinaria}}{\text{Tiempo disponible de quirófano en jornada ordinaria y extraordinaria}} \times 100$$

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025 y la valoración se llevará a cabo con el dato acumulado a 31 de diciembre de 2025, que resulta del sumatorio de los puntos conseguidos durante todos los meses del año. La obtención de la puntuación máxima queda supeditada al cumplimiento del estándar para cada Centro fijado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

Evaluación:

Si se alcanza el estándar 15 puntos, de lo contrario 0 puntos

INDICADOR 1.9	Mejora de la relación entre el número de consultas sucesivas realizadas con el número de primeras consultas realizadas
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	Valor Obtenido Del Número Total De Consultas Sucesivas / Número Total De Primeras Consultas
FUENTE	Elaboración a partir de información de cuadro de mandos de BISION
ESTÁNDAR	Objetivo anual por Grupo de Hospital

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

El índice de consultas sucesivas/primeras se utiliza para evaluar la eficacia y eficiencia del servicio de consultas externas.

Esto permite a los diferentes Centros Asistenciales gestionar la atención externa y asegurar que el servicio sea de calidad y eficiente, así como el seguimiento que se da a los pacientes después de su primera visita.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el cuadro de mandos del programa BISION.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

$$\text{Índice de consultas sucesivas/primeras} = \frac{\text{N.º Total de Consultas Sucesivas}}{\text{N.º Total de Primeras Consultas}} \times 100$$

Evaluación:

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025 y la valoración se llevará a cabo con el dato obtenido a 31 de diciembre de 2025, que resulta del sumatorio de los puntos conseguidos durante todos los meses del año. La obtención de la puntuación máxima queda supeditada al cumplimiento del estándar fijado para cada Grupo de hospital, por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización (DGASH).

Si se alcanza el estándar: 10 puntos, de lo contrario 0 puntos

OBJETIVO 2

**Mejora de la efectividad y capacidad de resolución en la asistencia.
(30 puntos)**

INDICADOR 2.1	Disminuir el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas
VALOR	15 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	$\leq 3,2\%$

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.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES Y FUENTE

Este indicador sirve para evaluar cual es porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en jornada ordinaria suspendidas (IQPS), con respecto al total de intervenciones quirúrgicas programadas (IQP). Esto es fundamental para gestionar eficazmente los recursos quirúrgicos, garantizar la atención planificada a los pacientes y mejorar la eficiencia hospitalaria en la jornada ordinaria.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas=

$$\frac{\text{N.º de IQPS}}{\text{n.º de IQPS} + \text{n.º de IQP}} \times 100$$

La obtención del cálculo de Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas es el resultado del número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas (IQPS) / número de intervenciones programadas realizadas (IQP)+ número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas (IQPS) * 100.

Evaluación:

El objetivo se considerará cumplido si el porcentaje de cirugía programada suspendida propuesto a 31 de diciembre de 2025 es $\leq 3,2\%$.

Si se alcanza el estándar 15 puntos, de lo contrario 0 puntos.

INDICADOR 2.2	Despliegue de nuevos módulos de la HCE única: CIRUS y gestor peticiones de pruebas radiológicas
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	<p>Indice de despliegue de nuevos módulos HCE-AH= [(0,3 A)+ (0,1 B)+ (0,6C)]</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 de CIRUS = N° intervenciones programadas con registros en la fase prequirúrgica de CIRUS/ N° de intervenciones programadas en CIRUS x 100 (en el mismo periodo) - % de utilización de la fase intraquirúrgica de CIRUS = N° intervenciones programadas con registros en la fase intraquirúrgica de CIRUS/ N° de intervenciones programadas en CIRUS x 100 (en el mismo periodo) - % de informes de alta de Cirugía Ambulatoria realizados en CIRUS = N° de informes de alta 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: ≥ 50%</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 los módulos que se implantaron en el hospital antes de 2025 ≥ 40% en los módulos implantados en el hospital en 2025</p>

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES Y FUENTE

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 2025 el gestor haya sido desplegado en el hospital.

Valoración: En caso de alcanzar el estándar (>50%), la puntuación asignada será 1. Si el hospital alcanza el 30%, será 0,5. Por debajo del 30%, 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 al 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 a las recomendaciones facilitadas por la GRS.

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

INDICADOR C:

Utilización de CIRUS, de acuerdo al cronograma propuesto por la DG Salud Digital

Explicación de los términos del indicador: El despliegue de CIRUS se realizará en 2 fases: fase 1 consultas, fase 2 programación y pre - intra y postquirúrgicas. Comenzará implantándose el módulo de consultas y, semanas después, el resto de módulos. 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 2025, de acuerdo al cronograma propuesto al hospital por la DG Salud Digital.

Valoración: Si el centro alcanza el estándar de uso en todos los módulos que han sido desplegados, la puntuación asignada será 1. En caso contrario, la puntuación será 0.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

La valoración del objetivo será proporcional al resultado obtenido del indicador 3 de Salud Digital ubicado en el apartado Anexos de este documento.

OBJETIVO 3

Seguridad y adecuación. (60 puntos)

INDICADOR 3.1	Adecuar los pacientes en LEQ por indicación quirúrgica prioridad 1
VALOR	20 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.

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES Y FUENTE

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 naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica oncológica.

El cálculo de este indicador es esencial para la gestión hospitalaria, contribuyendo a una administración sanitaria más eficaz y segura.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo:

Número total de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica con situación de espera estructural más de 30 días y prioridad 1

= Fecha de corte–fecha de entrada–días de aplazamiento>30días

Evaluación:

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025, realizándose de forma continua mes a mes hasta el 31 de diciembre del mismo año y debe ser cumplido todos los meses.

La puntuación final será obtenida a partir del sumatorio de los 12 meses, correspondiendo 1,67 puntos por cada mes en el que se alcance el objetivo. Si se consigue el estándar, se podrá obtener un máximo de 20 puntos.

INDICADOR 3.2	Adecuar los pacientes en LEQ por indicación de prioridad quirúrgica 2
VALOR	20 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

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES Y FUENTE

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 y social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica cardiológica valvular o coronaria.

El cálculo de este indicador es esencial para la gestión hospitalaria, contribuyendo a una administración sanitaria más eficaz y segura.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo:

Número total de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica con situación de espera estructural más de 90 días y prioridad 2

= Fecha de corte–fecha de entrada–días de aplazamiento>90días

Evaluación:

El periodo de evaluación comienza el 1 de enero de 2025, realizándose de forma continua mes a mes hasta el 31 de diciembre del mismo año.

La puntuación final será obtenida a partir del sumatorio de los 12 meses, correspondiendo 1,67 puntos por cada mes en el que se alcance el objetivo. Si se consigue el estándar, se podrá obtener un máximo de 20 puntos.

INDICADOR 3.3	Consultas preferentes en atención hospitalaria atendidas en menos de 15 días
VALOR	20 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%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LOS INDICADORES Y FUENTE

Las consultas preferentes son aquellas que deben ser atendidas en un periodo máximo de 15 días. La evaluación de este indicador permite asegurar que los pacientes con necesidades médicas urgentes reciban atención prioritaria, optimizar los recursos del hospital y mantener altos estándares de eficiencia y calidad en la atención hospitalaria.

Fuente: La información para realizar la evaluación se obtendrá de los datos disponibles en el cuadro de mandos del programa BISION.

CÁLCULO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Cálculo:

Consultas preferentes=

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

Evaluación:

Se dará por conseguido si el resultado del cálculo es ≥ 75% obtenido a 31 de diciembre de 2025.

Si se alcanza el estándar 20 puntos, de lo contrario 0 puntos.

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 hospitalaria¹ El cumplimiento de los siguientes indicadores de rescate será valorado en caso de no cumplimiento o cumplimiento parcial (N2) del objetivo de presupuesto capítulo II-farmacia hospitalaria. La puntuación total no podrá superar los 80 puntos.	Por GAE dos niveles	N1: 80 N2: 60
	Indicadores de rescate		
	1. Convocar desde la Dirección Médica reuniones con los servicios prioritarios en coste, con asistencia del Servicio de Farmacia, para presentar los objetivos del PAG, analizar su cumplimiento e intentar consensuar las oportunidades de mejora. Convocar al menos, dos reuniones por servicio. Realizar acta de cada reunión y enviar a la DTF.	GAE nivel 2-3-4: 10 Servicios GAE nivel 1: 5 servicios	7puntos
	2. Protocolizar el tratamiento de patologías de alto coste, asegurando la toma en consideración de la costo-efectividad relativa de las opciones terapéuticas, de acuerdo con la información que facilite el Servicio de Farmacia. Promover la adherencia a dichos protocolos. Envío de los protocolos y la valoración de la adherencia a los mismos.	GAE nivel 2-3-4: 3 patologías GAE nivel 1: 1 patología	7puntos
	3. Convocatoria de reuniones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Envío de las actas con el resumen de los acuerdos adoptados en las Comisiones de Farmacia y Terapéutica y los informes de evaluación de los medicamentos.	GAE nivel 2-3-4: Nivel 1: ≥ 6 reuniones CFyT /año + envío acuerdos adoptados CFyT + informes medicamentos evaluados (mínimo 6) Nivel 2: 4-5 reuniones CFyT /año + envío acuerdos adoptados CFyT + informes medicamentos evaluados (mínimo 4) GAE nivel 1: Nivel 1: 4 reuniones + acuerdos + 4 informes Nivel 2: 2 reuniones+ acuerdos + 2 informes	6puntos

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

VALOR	4.1.2 Incremento en la penetración de biosimilares²		
	Incremento en la penetración de tocilizumab biosimilar	N1: 40% N2: 25%	N1: 2 N2: 1
	Incremento en la penetración de natalizumab biosimilar	N1: 80% N2: 50%	N1: 2 N2: 1
	Incremento en la penetración de omalizumab biosimilar.	N1: 40% N2: 25%	N1: 4 N2: 2
	Incremento en la penetración de aflibercept oftálmico biosimilar.	N1: 40% N2: 25%	N1: 4 N2: 2
	Incremento en la penetración de trastuzumab biosimilar	N1: 98% N2: 92%	N1: 1 N2: 0.5
	Incremento en la penetración de ustekinumab biosimilar	N1: 90% N2: 80%	N1: 5 N2: 2
	Incremento en la penetración de eculizumab biosimilar	N1: 80% N2: 50%	N1: 2 N2: 1

²En 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.

EXPLICACIÓN DEL INDICADOR

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.

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.

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.

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 Concylla-Panacyl de seguimiento del gasto en capítulo II en farmacia hospitalaria para el PAG 2025 (1.3.1 GRS – 1.3.2 GAE) y de seguimiento de biosimilares PAG 2025 (7.2.1 GRS y 7.2.2 GAE).

Los tres indicadores de rescate del indicador 4.1.1 se valorarán mediante las actas de las reuniones, protocolos e informes enviados por los centros, en caso de no haber alcanzado el nivel 1 del objetivo presupuestario.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El periodo de evaluación se refiere a los datos anuales de cierre a 31 de diciembre de 2025.

INDICADOR 4.2	Implantación del programa de conciliación de medicación.
VALOR	60 puntos
CÁLCULO	Implantación de programa y resultados finales
FUENTE	Datos finales sobre la implantación y resultados del programa, atendiendo a los indicadores establecidos en el procedimiento
ESTÁNDAR	Dos niveles de cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: Implantación del programa (4 meses): informe de implantación y resultados (60p) • Nivel 2: Pilotaje del programa (1 mes): Informe de implantación y resultados. (20p)

EXPLICACIÓN DEL INDICADOR

En el año 2016, se elaboró el documento Conciliación de la medicación en pacientes crónicos pluripatológicos complejos en las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en el marco de un grupo de trabajo multidisciplinar creado para tal fin (PAG 2015 y PAG 2016).

En el apartado 3 de este documento, se establece que “en fases futuras, el procedimiento podrá aplicarse en otros grupos de pacientes o unidades, con las adaptaciones que pudieran requerirse”.

Con este objetivo, se plantea la extensión del ámbito de aplicación del procedimiento de conciliación a pacientes hospitalizados.

Este procedimiento se definirá sobre las propuestas del grupo de trabajo de farmacéuticos de los centros, coordinado desde la Dirección Técnica de Farmacia; antes del 30 de junio.

Posteriormente, se procederá a pilotar el programa de conciliación durante 1 mes.

Para el cumplimiento del objetivo se valorarán los resultados de la implantación del programa en una planta de hospitalización durante un periodo mínimo de 4 meses (incluyendo la fase de pilotaje).

El informe final sobre la implantación y resultados, en base a los indicadores establecidos en el procedimiento, se enviará antes del 31 de diciembre.

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)

EXPLICACIÓN DEL INDICADOR

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 ha ampliado a otros programas en 2024 y se desarrollarán al menos dos programas más en 2025.

Así, 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 consensuarán un procedimiento para el registro y explotación de los datos de uso de inmunoglobulinas en indicaciones distintas de las autorizadas.

Este procedimiento se definirá sobre las propuestas del grupo de trabajo de farmacéuticos de estos 3 hospitales, coordinado desde la Dirección Técnica de Farmacia.

Para el cumplimiento del objetivo se valorará el informe de implantación y resultado de indicadores establecidos en el procedimiento que enviarán los centros.

Una vez que el procedimiento sea validado, se procederá a su extensión al resto de centros, fomentando así la aplicación y seguimiento de las recomendaciones actuales para el uso racional de inmunoglobulinas humanas en la Gerencia regional de Salud. Todo ello con el objetivo de mejorar la eficiencia, garantizar la equidad y priorizar el uso en situaciones de desabastecimiento.

INDICADOR 4.4	Índice de calidad y mejora en el sistema de gestión de farmacia hospitalaria
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Actuaciones realizadas en el centro para la implantación de la base de medicamentos centralizada y Farmatools web
FUENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria de la GAE con las actuaciones realizadas para la implantación de la base de medicamentos centralizada y Farmatools web, para la adecuada provisión y gestión de la prestación farmacéutica en el ámbito hospitalario. • Adecuación al procedimiento que se definirá en el documento de despliegue. relacionados con la revisión y adaptación de campos esenciales. Para la valoración de la adecuación, se considerarán, al menos, los siguientes ítems: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y adaptación a las tablas maestras de los campos: <ul style="list-style-type: none"> - Forma farmacéutica - Dosis y unidad de dosis - Vía de administración - Grupo terapéutico - Proveedores - Principio activo - Tipo de uso - Otros - Validación de los criterios para la definición de campos y tablas maestras - Revisión de fichas de medicamentos y productos - Revisión y monitorización tras cambios - Otros
ESTÁNDAR	Un nivel de cumplimiento: Memoria de la GAE enviado antes del 31 de diciembre + Valoración DTF de la revisión y adecuación realizada

EXPLICACIÓN DEL INDICADOR

Se plantea el objetivo de evolucionar del programa de gestión de farmacia hospitalaria (Farmatools) que tiene actualmente cada hospital implantado localmente con su base de datos propia, a un programa centralizado con el mismo aplicativo (Farmatools) y que se mantendría y actualizaría con una base de datos centralizada. Para ellos es preciso que por parte de los centros se realicen una serie de actuaciones esenciales para la centralización del catálogo y la implantación de Farmatools centralizado web.

Todo ello facilitará la gestión de la información ligada a la utilización de medicamentos (ámbito asistencial) en el centro, la gestión económica-financiera a nivel de centro y de la Gerencia Regional de Salud. Asimismo, contribuirá a optimizar las comunicaciones con cualquier solución corporativa y procedimientos de actualización, entre otras.

OBJETIVO 5**Acreditación de los equipos PROA de AH y mejora de la utilización de antibióticos. (20 puntos)**

INDICADOR 5.1	Avanzar en la acreditación de los equipos PROA AH y realizar intervenciones asesoras
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	<p>Actuaciones desarrolladas en el ámbito de atención hospitalaria de los equipos PROA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación PROA del PRAN: alcanzar la certificación básica y avanzar en la certificación de otros niveles. • Intervenciones asesoras concretas realizadas en el hospital enfocadas a optimizar el uso de antimicrobianos de alto impacto ecológico y a procesos infecciosos que el equipo PROA junto al PRAN consideren más relevantes.
FUENTE	<p>Cuatrimestralmente los coordinadores de los PROA de cada área monitorizarán la evolución de las actuaciones a desarrollar con la coordinadora de PROA para el cumplimiento del objetivo.</p> <p>30 de enero de 2026: 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 (8 puntos). • Criterio 2: Realizar intervenciones educativas y asesorías orientadas a optimizar el uso de antimicrobianos de alto impacto ecológico (8 puntos). • Criterio 3: El PRAN reunirá al menos una vez al año al PROA comunitario y al PROA de hospital para planificar estándares que promuevan la coordinación entre niveles asistenciales y garantizar la continuidad asistencial. Además, se incluirán estrategias y/o protocolos dirigidos a reducir el consumo de antimicrobianos, integrando en estas acciones a los servicios de urgencias del hospital (4 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.

El objetivo principal de la asesoría es mejorar la formación del médico prescriptor y el conocimiento sobre las guías o protocolos del área/hospital con el fin de optimizar el uso de antimicrobianos tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario que sea de su influencia.

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

La memoria de actividades recogerá las intervenciones realizadas y el impacto de las mismas sobre los indicadores de consumo.

OBJETIVO 6

Calidad y seguridad del paciente. (60 puntos)

OBJETIVO 6.1

Vigilancia de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR)

INDICADOR 6.1	Vigilancia de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR)		
VALOR	20 puntos		
CÁLCULO	El hospital realiza el seguimiento de las infecciones y colonizaciones por microorganismos multirresistentes (MMR) de acuerdo a los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS y del grupo de trabajo autonómico para la prevención y control de la transmisión de MMR.		
FUENTE	Informes obtenidos de Z.IRAS.		
ESTÁNDAR	Nivel 1	<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 autonómico:</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%

OBJETIVO 6.2

Mejora de la seguridad de la práctica clínica en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos

INDICADOR 6.2	Índice de Seguridad en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos (IS-UCI)
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • $IS-UCI = (0,2 \text{ BZ} + 0,2 \text{ NZ} + 0,2 \text{ RZ} + 0,2 \text{ ITU-Z} + 0,2 \text{ ENVIN}) \times 20$ • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Subindicadores BZ, NZ, RZ e ITU-Z	Resultados de los Proyectos Zero en los Servicios de Medicina Intensiva de adultos: <ul style="list-style-type: none"> - 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: N° de bacteriemias primarias y asociadas a catéter venoso central $\times 1.000 / N^{\circ}$ de días con catéter venoso central • Neumonía Zero: N° de NAVM $\times 1.000 / N^{\circ}$ de días con ventilación mecánica • Resistencia Zero: N° de pacientes con una o más infecciones por BMR adquiridas en UCI $\times 1.000 / N^{\circ}$ de días de estancia en UCI • ITU Zero: N° de episodios de ITU asociados a SU $\times 1.000 / N^{\circ}$ 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: $\leq 1,3$ pacientes con infecciones por BMR adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI • ITU Zero: $\leq 2,7$ 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

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 de cálculo.

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

Para valorar el cumplimiento del subindicador ENVIN, se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es, antes del 31 de enero de 2026, el informe del registro mensual del ENVIN cumplimentado.

OBJETIVO 6.3

Mejora de la seguridad de la práctica clínica en el área quirúrgica

INDICADOR 6.3	Índice de Seguridad en el Área Quirúrgica (ISAQ)
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	<p>$ISAQ = (0,5 ILQ + 0,5 LVSQ) \times 20$</p> <ul style="list-style-type: none"> • ILQ: monitorización de la infección del lugar quirúrgico (ILQ) según los requisitos autonómicos* y aplicación de las principales medidas de prevención de la ILQ (profilaxis antibiótica, antisepsia de la piel, manejo del vello, normotermia y normoglucemia). • LVSQ: utilización del listado de verificación quirúrgica en el hospital. <p>*Monitorización de las cirugías tanto urgentes como programadas de las categorías HPRO, KPRO, COLO, CBGB y CBGC, independientemente de su etiología, durante todo el año para COLO, CBGB y CBGC y hasta 100 intervenciones para HPRO y KPRO.</p>
FUENTE	<p>Datos de la aplicación Z.IRAS sobre la monitorización de la infección del lugar quirúrgico (ILQ) y la aplicación de las medidas de prevención de la ILQ.</p> <p>Plan de acción.</p> <p>Cuadro de mando del proyecto de listado de verificación de la seguridad quirúrgica.</p>
ESTÁNDAR	Los de cada subindicador para obtener las puntuaciones parciales

SUBINDICADOR CS-IQ	Despliegue y resultados del proyecto Cirugía segura-Infección Quirúrgica Zero		
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital alcanza un nivel adecuado de aplicación de las medidas de prevención de la ILQ. • La ILQ se mantiene dentro de los estándares internacionales. 		
FUENTE	Datos de la aplicación Z.IRAS sobre la monitorización de la ILQ y la aplicación de las medidas de prevención de la ILQ. Plan de acción para disminuir la incidencia de ILQ.		
ESTÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	Nivel	Valor asignado al indicador	
	Nivel 1	Se considerará alcanzado el estándar cuando el hospital haya conseguido que la adherencia a las medidas de prevención de ILQ sea de al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis antibiótica $\geq 90\%$ • 3 medidas principales (profilaxis antibiótica, antisepsia de la piel y manejo del vello) $\geq 75\%$. • 5 medidas $\geq 50\%$ 	40%
	Nivel 2	Se considerará alcanzado el estándar cuando la incidencia acumulada de ILQ se encuentre 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 $< 0.6\%$ • CBGB y/o CBGC $< 1.9\%$ (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 de prevención de la ILQ con el objetivo de disminuir la incidencia de infecciones.	100%
Para valorar el cumplimiento del nivel 3 del indicador se remitirá plan de acción a calidad.grs@saludcastillayleon.es , antes del 31 de enero de 2026.			

SUBINDICADOR LVSQ	Utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el hospital		
CÁLCULO	Nº intervenciones quirúrgicas (programadas y urgentes; con y sin ingreso) en las que se utiliza el LVSQ / Nº intervenciones quirúrgicas (programadas y urgentes; con y sin ingreso) realizadas.		
FUENTE	Numerador: Cuadro de mando del proyecto de verificación de la seguridad quirúrgica. Denominador: SIAE (nº de intervenciones quirúrgicas -programadas y urgentes; con y sin ingreso- realizadas).		
ESTÁNDAR Y CRITERIOS DE VALORACIÓN	Nivel	Valor asignado al indicador	
	Nivel 1	El LVSQ se utiliza en $\geq 50\%$ de todas las intervenciones quirúrgicas 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 quirúrgicas realizadas en el hospital y se introducen mejoras que eviten los problemas detectados.	100%
	Para valorar el cumplimiento del indicador se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es , antes del 31 de enero de 2026, 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 intervenciones quirúrgicas (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 de cálculo.

OBJETIVO 7

Aumentar la identificación, implantación y evaluación de las acciones de mejora derivadas de la gestión de las reclamaciones en los Centros.
(10 puntos)

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 2025 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 2025 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.

OBJETIVO 8: Control de Inventario y Gestión de Infraestructuras (65 puntos)**OBJETIVO 8.1****Reducción de las denominaciones incorrectas en MANSIS**

INDICADOR 1	Reducción de denominaciones incorrectas
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Reducción anual del 100% de las denominaciones incorrectas en todos los centros.
FUENTE	MANSIS
ESTÁNDAR	Ausencia de denominaciones incorrectas en MANSIS a fecha de 31 de diciembre de 2025.

OBJETIVO 8.2
Actualización planes de contingencia suministros

INDICADOR	El hospital tiene implantado y actualizado un Plan de Contingencia ante la falta de suministros principales
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Existencia en el centro de un Plan de Contingencia que recoge los protocolos de actuación en caso de falta de suministros principales.
FUENTE	Informe de la Dirección Gerencia del Centro
ESTÁNDAR	Un Acta de la comisión de Dirección del centro aprobando o actualizando el Plan de Contingencia, según modelo implantado en la Gerencia Regional de Salud.

OBJETIVO 8.3

Plan contingencia simulacros

INDICADOR	El hospital realiza simulacros de puesta en marcha de los Planes de contingencia
VALOR	10 puntos
CÁLCULO	Nº de simulacros realizados en 2025 en el Centro por cada uno de los protocolos críticos que contenga su Plan de Contingencia ante la falta de suministros principales.
FUENTE	Informe de la Dirección Gerencia del Centro
ESTÁNDAR	Un simulacro en 2025 por cada uno de los protocolos críticos que contenga su Plan de Contingencia ante la falta de suministros principales*.

*Suministros principales: Se considerarán suministro principal la electricidad, gasoil, gases combustibles, comunicaciones, gases medicinales, agua. O su transformación, calor, frío, telefonía, datos, agua para diálisis. etc. Todos aquellos que sean necesarios para realizar la actividad asistencial.

OBJETIVO 8.4
Actualización planos de usos del Hospital

INDICADOR	El hospital tiene actualizado los planos de uso
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Existencia de la representación gráfica de cada planta de los inmuebles del centro o complejo hospitalario, especificando el uso que tiene cada dependencia.
FUENTE	Presentación del documento por la Dirección Gerencia del centro.
ESTÁNDAR	Existencia de planos, en formato digital.



PAG

2025

**OBJETIVOS
DE ÁREA
DE SALUD**



ÁREA DE SALUD -INDICADORES

OBJETIVO 1	<p>MEJORA DE LA CALIDAD, LA SEGURIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA MEDIANTE LA GESTIÓN DE LA FACTURACIÓN Y LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN FARMACÉUTICA</p> <p>Indicador 1: Revisión de las recetas facturadas y tramitación de las diferencias incursas en alguna causa de nulidad tipificada en el Concierto.</p> <p>Indicador 2: Intervenciones para la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia de la prestación farmacéutica a través de Programas de Inspección de Farmacia.</p>
OBJETIVO 2	<p>INSPECCIÓN MÉDICA</p> <p>Indicador 2.1: Mejorar la actividad asistencial de Sacyl a través de la mejora de la IT en centros propios.</p> <p>Indicador 2.2: Consulta de pacientes en IT con nivel de prioridad 1 según estándares de Inspección de Sacyl.</p> <p>Indicador 2.3: Mejora de la calidad de la instrucción de la Responsabilidad Patrimonial</p>
OBJETIVO 3	<p>SALUD PÚBLICA</p> <p>Indicador 3.1: Cobertura de vacunación con 3 dosis de vacuna hexavalente (11 meses)</p> <p>Indicador 3.2: Cobertura de vacunación con 2 dosis de vacuna triple vírica (TV) a los 3 años</p> <p>Indicador 3.3: Cobertura de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) a los 12 años.</p> <p>Indicador 3.4: Cobertura de vacunación con 1 dosis de vacuna tétanos-difteria (Td) a los 14 años.</p> <p>Indicador 3.5: Cobertura de vacunación con 1 dosis de vacuna neumocócica conjugada (VCN) a los 65 años.</p> <p>Indicador 3.6: Cobertura de vacunación con vacuna frente a herpes zóster (HZ) a los 65 años.</p> <p>Indicador 3.7: Cobertura de vacunación frente a gripe estacional en personas ≥ 60 años.</p> <p>Indicador 3.8: Cobertura de vacunación frente a gripe estacional en embarazadas.</p> <p>Indicador 3.9: Cobertura de vacunación frente a tosferina en embarazadas (dTpa).</p> <p>Indicador 3.10: Garantizar la comunicación de los casos del Registro Hospitalario de Tumores (RHT) al Registro Poblacional de Cáncer en Cyl (RPCCyl).</p> <p>Indicador 3.11: Despistaje cribado de cáncer de cuello de útero (CCU).</p> <p>Indicador 3.12: Colonoscopias realizadas en menos de 2 meses en el cribado de cáncer colorrectal.</p>
OBJETIVO 4	<p>MEJORA DE LA EFICIENCIA Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DE RECETA EN EL ÁREA DE SALUD</p>
OBJETIVO 5	<p>MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA PRÁCTICA</p> <p>Indicador 5.1: Mejora de la seguridad de la práctica clínica mediante SISNOT.</p> <p>Indicador 5.2: Buenas prácticas en el despliegue de las recomendaciones NO HACER dentro de la iniciativa si no es necesario puede hacer daño de Sacyl.</p> <p>Indicador 5.3: Prevención de las IRAS y del desarrollo de resistencias bacterianas mediante la higiene de manos durante la atención sanitaria.</p>
OBJETIVO 6	<p>PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES</p> <p>Indicador 6.1: Disminuir la siniestralidad laboral por accidente de trabajo a través de la mejora de las condiciones de trabajo.</p>
OBJETIVO 7	<p>OBJETIVO 7: SACYL EXCELENTE</p> <p>Indicador 7.1: Conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente en la unidad asistencial, identificar las áreas de mejora y elaborar un plan de mejora.</p> <p>Indicador 7.2: Implementar el plan de mejora elaborado para dar respuesta a las áreas de mejora identificadas en la autoevaluación.</p>

OBJETIVO 1

Mejora de la calidad, la seguridad y la eficiencia de la prestación farmacéutica mediante la gestión de la facturación y las actividades de inspección farmacéutica. (30 puntos)

INDICADOR 1	Revisión de las recetas facturadas y tramitación de las diferencias incursas en alguna causa de nulidad tipificada en el Concierto
ÁMBITO	Provincial
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Nº meses con recetas devueltas confirmadas en parte estadístico 2025 x 100/ Nº meses facturados y de los cuales se han podido confirmar diferencias según Concierto en 2025
FUENTE	Sistema de información CONCYLIA: informe B.O. diseñado para tal fin por la DTF
ESTÁNDAR	≥ 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”

INDICADOR 2	Intervenciones para la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia de la prestación farmacéutica a través de Programas de Inspección de Farmacia
ÁMBITO	Provincial
VALOR	15 puntos
CÁLCULO	Nº de programas de Inspección de Farmacia desarrollados en 2025
FUENTE	Registro de las memorias de programas de inspección en DTF
ESTÁNDAR	Memoria de 2 programas de inspección anuales: 1 propuesto por la Dirección Técnica de Farmacia y 1 a elección del Área.

OBJETIVO 2

Inspección Médica. (10 puntos)

OBJETIVO 2.1	MEJORAR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE Sacyl a través de la mejora de la IT en centros propios
	Estrategia de Área para el control de la IT en trabajadores de centros propios en la patología más prevalente
VALOR	40% del valor del indicador conjunto (4 puntos)
ESTÁNDAR	Protocolización antes de 30 de junio e implementación de la estrategia antes de 30 de septiembre
EVALUACIÓN	Jefes de División de Asistencia Sanitaria e Inspección
FUENTE	Informe de los Jefes de División
NIVELES DE CUMPLIMIENTO	Nivel 1: Protocolización: 50% del Objetivo Nivel 2: Protocolización e implementación: 75% Nivel 3: Estrategia y Mejora de la prevalencia: 100%
OBJETIVO 2.2	Consulta de pacientes en IT con nivel de prioridad 1 según estándares de Inspección de Sacyl
VALOR	30% del valor del indicador conjunto (3 puntos)
ESTÁNDAR	Nº de pacientes valorados / Nº de pacientes a valorar (Porcentaje)
EVALUACIÓN	Jefes de División de Asistencia Sanitaria e Inspección
FUENTE	SAGITARIO: actuaciones realizadas para cada uno de los pacientes, con resultado comunicado según protocolo
NIVELES DE CUMPLIMIENTO	Nivel 1: 80% Nivel 2: 95 %
OBJETIVO 2.3	Mejora de la calidad de la instrucción de la Responsabilidad Patrimonial
VALOR	30% del valor del indicador conjunto (3 puntos)
ESTÁNDAR	Nº de informes-propuesta que incluyen el check list de verificación / Nº de informes-propuesta (Porcentaje)
EVALUACIÓN	Jefes de División + Servicio de Inspección
FUENTE	Informes-Propuesta de la Instrucción Inspectora
NIVELES DE CUMPLIMIENTO	Nivel 1: 90% Nivel 2: 100 %

OBJETIVO 3
Salud Pública. (24 puntos)**OBJETIVO 3.1**
Cobertura de vacunación con 3 dosis de vacuna hexavalente (DTPa-Hib-VPI-HB) a los 11 meses

INDICADOR 3.1	Cobertura de vacunación con 3 dosis de vacuna hexavalente (11 meses)
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 1 año y tienen registrada la pauta completa de primovacunación más dosis de recuerdo de la vacuna hexavalente (DTPa-Hib-VPI-HB) / Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 1 año
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: GEUS (Cohorte 2024)
ESTÁNDAR	≥95%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

Desde que la Región Europea de la OMS se certificó como “Libre de Polio”, cada estado miembro tiene que establecer un plan nacional dirigido a mantener el estado de eliminación. En España el Plan de Acción para la Erradicación de la Poliomielitis se actualizó en 2016 siguiendo las recomendaciones y guías de la OMS. El plan contiene cuatro áreas prioritarias de intervención, la primera de ellas, el programa de vacunación. En España la vacuna de polio oral se sustituyó por la vacuna inactivada (VPI) en el año 2004. **El objetivo establecido en el Plan de eliminación es que las CCAA deben asegurarse de alcanzar y mantener coberturas de vacunación en su territorio igual o superior al 95%.**

El último dato consolidado, indica que, en la cohorte de personas nacidas en 2022, el 96,08% está correctamente vacunada con tres dosis de vacuna hexavalente. El objetivo es mantener y/o aumentar estas coberturas para mantener el estado de eliminación y conseguir la erradicación de la poliomielitis.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el 100% del indicador en cada área **cuando todas las ZBS del área (100%)** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el **95% de las personas** que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 1 año tengan registrada la pauta completa de primovacunación más dosis de recuerdo de la vacuna hexavalente (DTPa-Hib-VPI-HB)

OBJETIVO 3.2**Cobertura de vacunación con 2 dosis de vacuna triple vírica (TV) a los 3 años**

INDICADOR 3.2	Cobertura de vacunación con 2 dosis de vacuna triple vírica (TV) a los 3 años
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 3 años y tienen registradas dos dosis de vacuna triple vírica (TV) / Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 3 años
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: GEUS (Cohorte 2022)
ESTÁNDAR	≥95%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La finalidad del Plan de Eliminación es mantener la eliminación del sarampión y la rubeola alcanzadas en 2016 y 2015, respectivamente, en España. Esto significa mantener interrumpida la transmisión endémica, con ausencia de casos autóctonos.

La estrategia para mantener la eliminación en España incluye fortalecer la inmunidad de la población siendo el Objetivo 1. Alcanzar y mantener coberturas vacunación de **al menos el 95% con dos dosis de vacuna triple vírica en España y en cada una de las CCAA** y las ciudades de Ceuta y Melilla mediante el programa sistemático de vacunación.

El último dato consolidado, indica que, en la cohorte de personas nacidas en 2019, el 93,49% está correctamente vacunada con dos dosis de vacuna triple vírica, porcentaje inferior al objetivo del Plan de eliminación, por lo que es necesario seguir realizando esfuerzos por alcanzar el objetivo.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el 100% del indicador en cada área **cuando todas las ZBS del área (100%)** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, **el 95% de las personas** que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 3 años tengan registradas dos dosis de vacuna triple vírica, siendo necesario cumplir con el objetivo del Plan de Eliminación.

OBJETIVO 3.3**Cobertura de vacunación con VPH a los 12 años (nuevo)**

INDICADOR 3.3	Cobertura de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) a los 12 años
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 12 años y tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a VPH / Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 12 años
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: GEUS (Cohorte 2013)
ESTÁNDAR	≥90%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

El Calendario de vacunaciones e inmunizaciones para toda la vida de Castilla y León incluye la vacunación frente al virus del papiloma humano para todas las niñas y niños de 12 años. En 2025 se vacunarán las niñas y niños nacidos en 2013.

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Además, la infección persistente por VPH tiene relación causal no sólo con el cáncer de cérvix, también se ha establecido su relación causal con otros cánceres anogenitales (vagina, vulva, ano y pene) y del área de cabeza y cuello (orofaringe, cavidad oral y laringe).

La Comisión de Salud Pública del CISNS del 20 de octubre de 2022 acordó introducir la vacunación frente a VPH en los varones a los 12 años en todo el territorio nacional antes de finales de 2024. Por ello, Castilla y León amplió el objetivo general del programa de vacunación frente a VPH a la prevención de la infección persistente y de las enfermedades relacionadas con VPH en ambos sexos, incluyendo en el calendario vacunal para toda la vida la vacunación en niños que cumplan 12 años a partir del 1 de enero de 2023, es decir, los nacidos a partir del 1 de enero de 2011.

La vacuna incluida en el calendario tanto para niñas como para niños es una vacuna frente a nueve genotipos de este virus (VPH nonavalente), Gardasil 9®.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el 100% del indicador en cada área, cuando todas las ZBS del área (100%) cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 90% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 12 años tengan registrada 1 dosis de vacuna frente a VPH.

Se obtendrá el 50% del indicador en cada área, cuando al menos el 90% de las ZBS cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 90% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 12 años tengan registrada 1 dosis de vacuna frente a VPH.

Se obtendrá el 25% del indicador en cada área, cuando al menos el 80% de las ZBS cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 90% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 12 años tengan registrada 1 dosis de vacuna frente a VPH.

OBJETIVO 3.4

Cobertura de vacunación con Td a los 14 años

INDICADOR 3.4	Cobertura de vacunación con 1 dosis de vacuna tétanos-difteria (Td) a los 14 años
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 14 años y tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a tétanos-difteria (Td) / Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 14 años
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: GEUS (Cohorte 2011)
ESTÁNDAR	≥90%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

El objetivo es reducir la mortalidad y morbilidad asociada al tétanos y mantener alto nivel de protección frente a difteria y tétanos.

A la edad de 14 años, en el ámbito de la asistencia, supone el paso de ser atendido por los pediatras a ser atendido por el médico de familia, constituyendo una oportunidad única de revisar el calendario vacunal y completar con aquellas vacunas que no se hayan administrado en tiempo.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el **100%** del indicador en cada área, cuando **todas las ZBS del área (100%)** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 90% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 14 años tengan registrada 1 dosis de vacuna Td.

Se obtendrá el **50%** del indicador en cada área, cuando **al menos el 90% de las ZBS** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 90% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 14 años tengan registrada 1 dosis de vacuna Td.

Se obtendrá el **25%** del indicador en cada área, cuando **al menos el 80% de las ZBS** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 90% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 14 años tengan registrada 1 dosis de vacuna Td.

El último dato consolidado, refleja que el 82,7% de las personas nacidas en 2009 han recibido cinco dosis de vacunas con componente frente a tétanos y difteria.

OBJETIVO 3.5

Cobertura de vacunación con vacuna neumocócica conjugada a los 65 años

INDICADOR 3.5	Cobertura de vacunación con 1 dosis de vacuna neumocócica conjugada (VNC) a los 65 años
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años y tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a neumococo (VNC) / Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: GEUS (Cohorte 1960)
ESTÁNDAR	≥75%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La vacunación con VNC tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad por enfermedad neumocócica en la población general y en los grupos de riesgo más susceptibles a través de una adecuada cobertura de vacunación.

En Castilla y León, la vacunación frente a neumococo estaba indicada a los 65 años utilizando dos vacunas de manera secuencial: la vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos (VNC13), que confiere mejor protección y más duradera, y la vacuna neumocócica polisacárida de 23 serotipos, que completaba el espectro de protección y se administraba al menos 12 meses después de la primera. La aprobación de nuevas vacunas conjugadas, con mayor número de serotipos, permite mejorar la protección frente a esta enfermedad.

Por ello, desde 2023, a las personas nacidas a partir del 1 de enero de 1958, al cumplir los 65 años, se les ofrece la vacuna conjugada de 20 serotipos en sustitución de la pauta secuencial, siempre y cuando no hayan sido vacunadas previamente con VNC13. El propósito es mejorar la protección frente a neumococo con una sola dosis, disminuyendo la carga asistencial y, por tanto, la posibilidad de alcanzar mejores coberturas.

El objetivo definido a nivel nacional es alcanzar una cobertura en personas de 66 años vacunadas con 1 dosis de vacuna a partir de los 60 años del ≥75%.

La cobertura en 2023 de las personas que cumplen 65 años (cohorte de personas nacidas en 1958) es de un 43,44% de personas que han recibido una dosis de VNC20 y un 5% las que habían recibido una dosis de VNC13, con datos extraídos en octubre de 2024.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el **100%** del indicador en cada área, cuando **el 90% de las ZBS** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 75% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años tengan registrada 1 dosis de vacuna neumocócica conjugada.

Se obtendrá el **50%** del indicador en cada área, cuando el **70% de las ZBS** del área cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 75% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años tengan registrada 1 dosis de vacuna neumocócica conjugada.

Se obtendrá el **25%** del indicador en cada área, cuando el **50% de las ZBS** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 75% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años tengan registrada 1 dosis de vacuna neumocócica conjugada.

OBJETIVO 3.6**Cobertura de vacunación con vacuna frente a herpes zóster (HZ) a los 65 años**

INDICADOR 3.6	Cobertura de vacunación con 1 dosis de vacuna frente a herpes zóster (HZ) a los 65 años
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años y tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a herpes zóster (HZ) / Número de personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: GEUS (Cohorte 1960)
ESTÁNDAR	≥50%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La vacunación frente a HZ tiene como objetivo disminuir la morbilidad por herpes zóster y neuralgia postherpética en la población general y en los grupos de riesgo más susceptibles a través de una adecuada cobertura de vacunación.

En Castilla y León, la vacunación frente a HZ en 2025 está indicada en la población sana de manera sistemática a los 65 años y a los 80 años, así como en grupos de riesgo.

El objetivo establecido a nivel nacional es alcanzar una cobertura de vacunación en personas de 66 años con 2 dosis ≥50%.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el **100%** del indicador en cada área, cuando el **90% de las ZBS** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 50% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años tengan registradas 2 dosis de vacuna frente a HZ.

Se obtendrá el **50%** del indicador en cada área, cuando el **70% de las ZBS** del área cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 50% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años tengan registradas 2 dosis de vacuna frente a HZ.

Se obtendrá el **25%** del indicador en cada área, cuando el **50% de las ZBS** cumplan con el estándar, es decir que, al menos, el 50% de las personas que a lo largo del periodo de evaluación han cumplido 65 años tengan registradas 2 dosis de vacuna frente a HZ.

OBJETIVO 3.7**Cobertura de vacunación con vacuna frente a gripe estacional en personas ≥ 60 años**

INDICADOR 3.7	Cobertura de vacunación frente a gripe estacional en personas ≥ 60 años
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de personas ≥ 60 años que en la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025 tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a gripe / Número de personas ≥ 60 años
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: Población INE
ESTÁNDAR	$\geq 75\%$

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La vacunación frente a gripe tiene como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Por ello, la vacunación va dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe y a las que pueden transmitir la enfermedad a aquellas que tienen un alto riesgo de complicaciones, tal y como se refleja en el calendario de inmunización a lo largo de la vida de las personas, adecuando el objetivo a las RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A GRIPE Y COVID 19 Temporada 2024-2025, aprobado por la Comisión de Salud Pública del CISNS.

El dato definitivo de cobertura en la campaña de vacunación frente a gripe en la temporada 2023-2024, muestra una tendencia ligeramente descendente en el número de personas vacunadas, alcanzándose una cobertura del 62% en personas de 60 años y más y del 70% en personas de ≥ 65 años (dato actualizado a 11/03/2024).

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el **100%** del indicador cuando en **todas las ZBS del área de salud (100%)** se cumpla con el estándar establecido, es decir, que el $\geq 75\%$ de las personas ≥ 60 años tenga registrada 1 dosis de vacuna frente a gripe en la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025.

Se obtendrá el **50%** del indicador cuando en el **80% de las ZBS** del área de salud se cumpla con el estándar establecido, es decir, que el $\geq 75\%$ de las personas ≥ 60 años tenga registrada 1 dosis de vacuna frente a gripe en la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025.

Se obtendrá el **25%** del indicador cuando en el **60% de las ZBS** del área de salud se cumpla con el estándar establecido, es decir, que el $\geq 75\%$ de las personas ≥ 60 años tenga registrada 1 dosis de vacuna frente a gripe en la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025.

OBJETIVO 3.8**Cobertura de vacunación con vacuna frente a gripe estacional en mujeres embarazadas**

INDICADOR 3.8	Cobertura de vacunación frente a gripe estacional en embarazadas
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de embarazadas durante la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025 que tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a gripe / Número de embarazadas.
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: RENA, nº recién nacidos de enero-julio y noviembre-diciembre en el periodo de evaluación
ESTÁNDAR	≥60%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

La vacunación frente a gripe tiene como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Por ello, va dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe y a las que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones, tal y como se refleja en el calendario de inmunización a lo largo de la vida de las personas, adecuando el objetivo a las RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE y COVID 19 Temporada 2024-2025, aprobadas por la Comisión de Salud Pública del CISNS.

Uno de los grupos diana de vacunación frente a gripe son las embarazadas en cualquier trimestre de gestación y las mujeres durante el puerperio (hasta los 6 meses tras el parto y que no se hayan vacunado durante el embarazo), estableciéndose como objetivo en el documento de recomendaciones superar el 60% de cobertura de vacunación.

Las coberturas alcanzadas en las dos últimas temporadas reflejan una tendencia descendente con respecto a la temporada 2020-21, en la cual se alcanzó una cobertura del 77,56%, descendiendo hasta 46,14% en la temporada 2021-2022 y al 40,83% en la temporada 2022-2023. En la campaña de vacunación frente a gripe de la temporada 2023-2024, se han vacunado 4.181 embarazadas lo que supone una cobertura del 46,97% (dato actualizado en octubre de 2024), lo que supone un dato superior a las dos temporadas previas. Habrá que esperar para ver si se confirma el cambio de tendencia.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el **100%** del indicador cuando en **todas las ZBS del área de salud (100%)** se cumpla el estándar establecido, es decir, que el ≥60% de las embarazadas tenga registrada 1 dosis de vacuna durante la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025.

Se obtendrá el **50%** del indicador cuando en el **80% de las ZBS** del área de salud se cumpla el estándar establecido, es decir, que el ≥60% de las embarazadas tenga registrada 1 dosis de vacuna durante la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025.

Se obtendrá el **25%** del indicador cuando en el **60% de las ZBS** del área de salud se cumpla el estándar establecido, es decir, que el ≥60% de las embarazadas tenga registrada 1 dosis de vacuna durante la campaña de vacunación frente a gripe estacional 2024-2025.

OBJETIVO 3.9**Cobertura de vacunación con vacuna frente a gripe estacional en mujeres embarazadas**

INDICADOR 3.9	Cobertura de vacunación frente a tosferina en embarazadas (dTpa)
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	Número de embarazadas que a lo largo del periodo de evaluación tienen registrada 1 dosis de vacuna frente a tosferina (dTpa) / Número de embarazadas.
FUENTE	Numerador: REVA y Denominador: RENA, nº recién nacidos de enero-julio y noviembre-diciembre en el periodo de evaluación.
ESTÁNDAR	≥95%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

El objetivo del programa de vacunación es proteger a los lactantes mediante el refuerzo de la inmunidad contra la tosferina en las embarazadas para disminuir la morbilidad por tosferina en el recién nacido. La vacunación aumenta los anticuerpos contra la tosferina en la mujer vacunada al final del embarazo, de modo que los anticuerpos específicos se transmiten al feto proporcionando protección al recién nacido hasta que pueda recibir sus propias vacunas a los dos meses de edad.

A nivel nacional, el documento de Objetivos de los Programas de vacunación para el año 2025, publicado por el Ministerio de Sanidad en julio de 2023, establece cuatro objetivos para mantener el control de la difteria, el tétanos y la tosferina en la infancia, en concreto y con relación a las embarazadas, establece como objetivo una cobertura de vacunación con 1 dosis durante el embarazo ≥85%.

Desde la instauración del Programa, en Castilla y León se ha mantenido una cobertura de vacunación de dTpa entre el 80-89%, en las madres de niños nacidos en la Comunidad, cumpliendo el objetivo del 85% desde el año 2018 ininterrumpidamente. En 2023, la cobertura ha sido del 89,73%, ligeramente por encima de la media nacional, 88,49%. En cuanto a la distribución por provincias, hubo diferencias importantes en la cobertura, si bien es cierto que en todas se superó el actual objetivo del 85%.

Sin embargo, dada la situación epidemiológica actual, con un aumento de casos en todos los grupos de edad, parece necesario ampliar el objetivo y alcanzar coberturas más altas en las embarazadas. En este sentido, los objetivos definidos en el Programa de vacunación prenatal frente a tosferina en Castilla y León son los siguientes:

- Alcanzar el 95% de cobertura de vacunación frente a tosferina en embarazadas con 1 dosis (dTpa).
- Aumentar el porcentaje de embarazadas vacunadas en tiempo, es decir, en las semanas 27-28 de embarazo.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

Se obtendrá el **100%** del indicador cuando en **todas las ZBS del área de salud (100%)** se cumpla el estándar establecido, es decir, que el $\geq 95\%$ de las embarazadas tenga registrada 1 dosis de vacuna durante el periodo de estudio.

Se obtendrá el **50%** del indicador cuando en el **80% de las ZBS** del área de salud se cumpla el estándar establecido, es decir, que el $\geq 95\%$ de las embarazadas tenga registrada 1 dosis de vacuna durante el periodo de estudio.

Se obtendrá el **25%** del indicador cuando en el **60% de las ZBS** del área de salud se cumpla el estándar establecido, es decir, que el $\geq 95\%$ de las embarazadas tenga registrada 1 dosis de vacuna durante el periodo de estudio.

OBJETIVO 3.10**Garantizar la comunicación de los casos del Registro Hospitalario de Tumores (RHT) al Registro Poblacional de Cáncer en Castilla y León (RPCCyL)**

INDICADOR 3.10	Porcentaje de casos incidentes de tumor maligno comunicados con cumplimentación adecuada de variables al RPCCyL
VALOR	2 puntos
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de registros de casos incidentes de tumor maligno comunicados con cumplimentación adecuada de variables al RPCCyL en el año}}{\text{Total de casos incidentes de tumor maligno del Centro comunicados al RPCCyL en el año}} \times 100$
FUENTE	Informe de la Dirección General de Salud Pública.
ESTÁNDAR	≥95%

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

El Registro Hospitalario de Tumores (RHT) debe comunicar a la aplicación del Registro de Cáncer de Castilla y León (RECA) los casos de tumores malignos incidentes, siguiendo criterios normalizados y considerando específicamente las pautas homologadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud y por la Red Europea de Registros de Cáncer (ENCR), que se corresponden con los establecidos en el RPCCyL conforme a su Manual de Procedimiento, que puede consultarse a través del Portal Web de Sanidad de la Junta de Castilla y León. En todo caso, para la comunicación de datos a la aplicación RECA se tendrán en cuenta la definición de caso y las variables a recoger en el RPCCyL y se deberá garantizar la exhaustividad y la validez de los datos registrados.

El denominador del indicador se refiere a todos los casos incidentes de tumor maligno incorporados desde el RHT a la aplicación del Registro de Cáncer de Castilla y León (RECA).

Los registros de caso incorporados a la aplicación RECA deben contener correctamente cumplimentadas todas las variables consideradas básicas de los tumores a recoger en el RPCCyL:

- Datos personales y de identificación: apellidos y nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de Tarjeta Sanitaria Individual, número de Documento Nacional de Identidad, residencia habitual con municipio y provincia.
- Datos clínicos y anatomopatológicos: fecha de diagnóstico, localización (topografía), diagnóstico anatomopatológico (morfología o histología), base del diagnóstico (prueba de mayor fiabilidad), estadio del tumor, causa y fecha de defunción, en su caso.
- Datos de la fuente de información: fecha de recogida de la primera información, número de historia clínica, centro y servicios sanitarios.

El hospital remitirá antes de finalizar el año 2025 a la Unidad Periférica del RPCCyL de la provincia correspondiente, los datos de casos incidentes de tumor maligno del año siguiente al último año notificado del Registro Hospitalario de Tumores.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RESULTADO OBTENIDO

El estándar establecido para este indicador es un porcentaje $> 95\%$ para todos los Hospitales/ Complejos Asistenciales de Sacyl. En cualquier caso, se consideran variables de obligada cumplimentación en todos los registros las siguientes: Apellidos y nombre, fecha de nacimiento o edad, sexo, provincia de residencia, localización, morfología y comportamiento del tumor, año de diagnóstico.

Para conseguir la puntuación asignada a este indicador, se tendrá en cuenta la comunicación en tiempo y forma de los casos de tumores malignos del RHT al RPCCyL, siempre que el RHT comunicado sea de cualquiera de los tres años anteriores. Para los de años anteriores tendrá la mitad de esa puntuación para cada año, de forma que al entregar el RHT de dos o más años se alcanza igualmente la máxima puntuación.

OBJETIVO 3.11**Despistaje cribado de cáncer de cuello de útero (CCU)**

INDICADOR 3.11	Estudio ginecológico de confirmación realizado en tiempo (≤ 4 semanas) en el cribado de cáncer de cuello de útero (CCU)
VALOR	2 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 3.12**Colonoscopias realizadas en menos de 2 meses en el cribado de cáncer colorrectal**

INDICADOR 3.12	Colonoscopias realizadas en tiempo (< 2 meses) en el cribado de cáncer colorrectal
VALOR	2 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 4

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%	4
		≥70% y < 76%	3
IV.2	% Selección en osteoporosis eficientes	≥58 %	3
		≥ 50% y <58 %	2
IV.3	% de enoxaparina biosimilar en relación con el total de HBPM	≥ 34%	3
		≥ 27 % y < 34 %	2
IV.4	% selección análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina eficiente (Leuprorelina)	≥ 68%	4
		≥ 64 % y < 68 %	2
IV.5	DHD de Antibióticos	≤15,5	25
		>15,5 y ≤18	15
		>18 y <19	5
IV.6	DHD de Inhibidores de la bomba de protones	≤ 18%	6
		>18% y ≤ 22%	3
IV.7	Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO.	>3%	10
IV.8	Intervenciones de los farmacéuticos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente.	>10%	10
IV.9	Revisión del plan terapéutico: consulta de informe de priorización de pacientes a revisar.	>40%	10
IV.10	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 2025 frente a la población 2024
- 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 1-9, ambos inclusive, es el Sistema de Información de consumo farmacéutico Concyliá. Para el indicador 10, 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 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: alendronico (M05BA04), ibandronico (M05BA06) , risedronico (M05BA07) y alendronato+colecalfiferol (M05BB03).	↑ Crecer
% enoxaparina 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 leuporelina 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 con TS en Sacyl)	↓ 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
Intervenciones de los fármacos de Sacyl sobre REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO	Se considerarán todas las intervenciones registradas a lo largo del año 2025 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 fármacos de Sacyl sobre SEGURIDAD del paciente	Se considerarán todas las intervenciones individualizadas registradas a lo largo del año 2025 en las categorías: Adecuación: interacciones, indicación, dosis; Deprescripción, Criterios STOP START; Duplicidades; Optimización de pautas RECYL; Sobredosis o dosis superior a la máxima, Errores de dispensación, Conciliación al alta 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 con 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

Mejora de la seguridad de la práctica (60 puntos)

OBJETIVO 5.1

Mejora de la seguridad de la práctica clínica mediante SISNOT

INDICADOR 5.1		Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente: SISNOT	
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 ≥ 10 notificaciones/año,2. Analiza más del 90% de las notificaciones recibidas proponiendo mejoras e3. Implanta, al menos, el 25% de estas mejoras.		
FUENTE	Informes obtenidos de SISNOT		
ESTÁNDAR	Nivel	Alcance en la utilización de SISNOT	Valor asignado al indicador
	Nivel 1	La gerencia utiliza SISNOT para aprender e introducir mejoras	40%
	Nivel 2	Al menos 2 servicios del hospital o 2 centros de salud utilizan SISNOT	70%
	Nivel 3	En el Área de Salud utilizan SISNOT: <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 5.2

Buenas prácticas en el despliegue de las recomendaciones NO HACER dentro de la iniciativa Si no es necesario puede hacer daño de Sacyl

INDICADOR 5.2	Buenas prácticas sobre recomendaciones NO HACER
VALOR	20 puntos
CÁLCULO	Gerencias de atención primaria, atención hospitalaria y asistencia sanitaria que han implantado con éxito intervenciones relacionadas con las recomendaciones NO HACER en sus centros de salud y unidades/servicios hospitalarios.
FUENTE	Reconocimientos institucionales de Buenas Prácticas (BBPP) NO HACER
ESTÁNDAR	Al menos 1 Buena Práctica reconocida en cada área de atención primaria y hospital

CRITERIOS DE VALORACIÓN

El Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente realizará, en el segundo semestre de 2025, una convocatoria de reconocimiento de BBPP en seguridad del paciente con el triple objetivo de identificar BBPP en las distintas áreas de la seguridad del paciente, reconocer la labor realizada por los profesionales y compartir y difundir las BBPP, para facilitar su implantación en otros centros. A esta convocatoria podrán presentarse propuestas relativas a las diferentes áreas de la seguridad del paciente incluyendo aquellas relacionadas con la implantación exitosa de las recomendaciones NO HACER consensuadas por las sociedades científicas, dentro de la iniciativa Si no es necesario puede hacer daño de Sacyl (prácticas que no aportan valor y pueden causar daño).

Contabilizarán para este objetivo del PAG aquellas propuestas que sean reconocidas como BBPP en la citada convocatoria. Se considerarán BBPP aquellas que reúnan los criterios establecidos en las bases de la convocatoria, siendo imprescindible la evidencia de haber alcanzado buenos resultados en su evaluación.

En el supuesto del reconocimiento de BBPP conjuntas entre atención primaria y atención hospitalaria, especialmente complejas y que hayan precisado la participación y coordinación activa de ambos niveles, dicho reconocimiento podrá ser computable para los dos ámbitos de atención.

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 5.3

Prevención de las IRAS y del desarrollo de resistencias bacterianas mediante la higiene de manos durante la atención sanitaria

INDICADOR 5.3		Compromiso con la higiene de manos (HM) en la asistencia sanitaria	
VALOR	20 puntos		
CÁLCULO	El hospital o el área de atención primaria realizan el seguimiento de la adherencia a la HM de acuerdo a los requisitos establecidos en la estrategia multimodal de la OMS y recogidos en la estrategia de compromisos con la HM de Sacyl y en los indicadores del SNS.		
FUENTE	Cuadro de mando del plan de HM Documentos de compromiso con la HM		
ESTÁNDAR	Nivel	Alcance en la utilización de SISNOT	Valor asignado al indicador
	Nivel 1	Compromiso con la HM	Máximo 40 %
		El equipo directivo del hospital o del área de atención primaria obtiene/mantiene el compromiso inicial con la HM	10%
		El equipo directivo del hospital o del área de atención primaria obtiene/mantiene el compromiso avanzado con la HM	20%
		El equipo directivo del hospital o del área de atención primaria obtiene/mantiene el compromiso excelente con la HM	30%
		Al menos el 30% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene/ mantiene el compromiso inicial con la HM	10%
		Al menos el 50% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene/ mantiene el compromiso inicial con la HM	20%
		Al menos el 30% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene el compromiso avanzado con la HM	20%
		Al menos el 10% de las unidades/servicios/centros de salud obtiene el compromiso excelente con la HM	30%
	Nivel 2	Resultados en HM	Máximo 40 %
		El consumo de PBA es ≥ a los estándares ¹	20%
		El consumo de PBA de los últimos 2 años es ≥ a los estándares ¹	30%
		Se realiza observación (mínimo 50 oportunidades observadas) ² en: ≥ 50% de las unidades de hospitalización ≥ 30% de los centros de salud	20%
	Nivel 3	Se realiza observación (mínimo 90 oportunidades observadas) ² en: ≥ 50% de las unidades de hospitalización/≥ 20% de los centros de salud, con adherencia global ≥ 50%	30%
		Se alcanzan las máximas puntuaciones en los niveles 1 y 2	100%

¹Estándares de consumo de PBA:

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

²Observación: mínimo por periodo y servicio/unidad/centro de salud evaluado, utilizando la metodología de la OMS, monitorizando al menos los momentos 1 y 2, calculando el indicador de adherencia global (No de oportunidades en las que se ha realizado la HM con PBA o con agua y jabón utilizando la técnica adecuada/No de oportunidades de HM observadas) y difundiendo los resultados obtenidos a cada servicio/unidad/centro de salud.

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Para valorar el cumplimiento del indicador se remitirá a calidad.grs@saludcastillayleon.es, antes del 31 de enero de 2026, el cuadro de mando de seguimiento del plan de HM.

La puntuación del indicador a nivel de área de salud será el promedio de la puntuación obtenida por atención primaria y atención hospitalaria; en 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**Protección de la Seguridad y Salud de las trabajadoras y trabajadores (30 puntos)****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	$\text{Nº accidentes en jornada de trabajo con baja laboral ocurridos en el año} * 100.000 / \text{Nº trabajadores activos en el año}$
FUENTE	Cuadro de mando de siniestralidad de Pérsigo PRL
ESTÁNDAR	Estándares específicos por Áreas de Salud y Gerencia Emergencias Sanitarias

EXPLICACIÓN DEL INDICADOR

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 en la Gerencia de Emergencias Sanitarias, en atención a sus peculiares características, se obtendrá por comparación entre el índice de incidencia del año en curso con la mediana de los resultados de los tres años naturales inmediatamente anteriores (para 2025 los resultados de 2022, 2023, y 2024).

Los objetivos individualizados por Áreas de Salud y Emergencias Sanitarias se fijarán a principios de 2025, una vez que se conozcan los datos definitivos de siniestralidad de 2024.

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	Nº de trabajadores vacunados * 100/ Nº de trabajadores activos en el año	
	Se asignará la puntuación en función de los siguientes porcentajes.	
	Cobertura alcanzada	Puntos obtenidos
	≥ 75%	15
	65-74%	10
55-64%	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 .	

El objetivo marcado por la Organización Mundial de la Salud es del 75%, siendo este objetivo muy ambicioso, por lo que se estima conveniente comenzar a puntuar a partir del 55%.

OBJETIVO 7 SACYL Excelente (36 puntos)

OBJETIVO 7.1

Conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente en la unidad asistencial, identificar las áreas de mejora y elaborar un plan de mejora

INDICADOR 7.1 Autoevaluación de los estándares de calidad y seguridad del paciente y plan de mejora			
VALOR	10 puntos		
CÁLCULO	Equipos de atención primaria (EAP)/servicios hospitalarios 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		
FUENTE	Libros de autoevaluación Sacyl Excelente Planes de mejora Sacyl Excelente		
ESTÁNDAR	Nivel		Valor asignado al indicador
	Nivel 1	El EAP/servicio hospitalario ha realizado la autoevaluación del grado de cumplimiento en su unidad de, al menos, los estándares de calidad y seguridad del paciente incluidos en el Grupo I (15 estándares) y elaborado el correspondiente plan de mejora	Por cada EAP/servicio hospitalario: 2 puntos
	Nivel 2	El EAP/servicio hospitalario ha realizado la autoevaluación del grado de cumplimiento en su unidad de, al menos, el 50% (39 estándares) de los estándares de calidad y seguridad del paciente (incluidos todos los del Grupo I) y elaborado el correspondiente plan de mejora	Por cada EAP/servicio hospitalario: 3 puntos
	Nivel 3	El EAP/servicio hospitalario ha realizado la autoevaluación del grado de cumplimiento en su unidad de, al menos, el 80% (62 estándares) de los estándares de calidad y seguridad del paciente (incluidos todos los del Grupo I y II) y elaborado el correspondiente plan de mejora.	Por cada EAP/servicio hospitalario: 5 puntos

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Para valorar el cumplimiento del indicador deberán estar disponibles en el SharePoint habilitado para el proyecto Sacyl Excelente, antes del 31 de enero de 2026, los libros de autoevaluación cumplimentados por los EAP/servicios hospitalarios y los planes de mejora que den respuesta a las áreas de mejora identificadas en cada uno de ellos.

OBJETIVO 7.2

Implementar el plan de mejora elaborado para dar respuesta a las áreas de mejora identificadas en la autoevaluación

INDICADOR 7.2 Mejoras implantadas y resultados conseguidos			
VALOR	26 puntos		
CÁLCULO	Equipos de atención primaria (EAP)/servicios hospitalarios que han implementado los proyectos de mejora contemplados en el plan de mejora elaborado y resultados conseguidos		
FUENTE	Planes de mejora Sacyl Excelente: fichas específicas para cada proyecto de mejora		
ESTÁNDAR	Nivel		Valor asignado al indicador
	Nivel 1	Desarrollo e implementación, con resultados positivos*, de al menos 2 de los proyectos de mejora incluidos en el plan de mejora elaborado por la unidad	Por cada EAP/servicio hospitalario: 3 puntos
	Nivel 2	Desarrollo e implementación, con resultados positivos*, de al menos 3 de los proyectos de mejora incluidos en el plan de mejora elaborado por la unidad.	Por cada EAP/servicio hospitalario: 5 puntos
	Nivel 3	Desarrollo e implementación, con resultados positivos*, de al menos 4 de los proyectos de mejora incluidos en el plan de mejora elaborado por la unidad	Por cada EAP/servicio hospitalario: 7 puntos
	Nivel 4	Desarrollo e implementación, con resultados positivos*, de al menos 5 de los proyectos de mejora incluidos en el plan de mejora elaborado por la unidad.	Por cada EAP/servicio hospitalario: 11 puntos

*Resultados positivos: mejora el grado de cumplimiento de los estándares abordados por el proyecto de mejora y/o buenos resultados en los indicadores relacionados.

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Para valorar el cumplimiento del indicador deberán estar disponibles en el SharePoint habilitado para el proyecto Sacyl Excelente, antes del 31 de enero de 2026, los planes de mejora Sacyl Excelente, con las fichas específicas de cada proyecto de mejora cumplimentadas por los EAP/servicios hospitalario.



PAG

2025

ANEXOS



SALUD DIGITAL	
Indicador 1: Implantación y efectividad de la interconsulta no presencial (IEICNP). Indicador 2: Índice de calidad y mejora en el registro de los Sistemas de Información Sanitaria en AH (ICMIH). Indicador 3: Despliegue de nuevos módulos de la HCE única: CIRUS y gestor peticiones de pruebas radiológicas.	
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	
OBJETIVO 1	ESTABLECER Y/O CONSOLIDAR LAS ESTRUCTURAS Y LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA I+D Indicador 1: Estructura de la I+D. Indicador 2: Sistematización de la gestión de la I+D.
OBJETIVO 2	IMPULSAR LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE RESULTADOS A TRAVÉS DE LA TRASLACIÓN Y LA EXPLOTACIÓN Indicador 1: Procesos de Investigación e Innovación. Indicador 2: Procesos de transferencia de resultados.
FORMACIÓN ESPECIALISTAS	
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.
OBJETIVO 2	OBJETIVO 2: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN FORMATIVO

A series of thin, vertical, light blue lines of varying heights, creating a textured background at the top of the page.

PAG

2025

**SALUD
DIGITAL**

A series of thin, vertical, light blue lines of varying heights, creating a textured background in the bottom right corner of the page.

100 puntos

INDICADOR 1	Implantación y efectividad de la interconsulta no presencial (IEICNP)
VALOR	30 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: $\geq 15\%$ =3 • Nivel 2: $\geq 10\%$ =2 • Nivel 3: $\geq 5\%$ =1 <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: $\geq 50\%$ =3 • Nivel 2: $\geq 40\%$ =2 • Nivel 3: $\geq 30\%$ =1
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

$\text{Nº de interconsultas no presenciales AP-AH} / \text{Nº de solicitudes de primeras consultas externas realizadas en el mismo periodo} \times 100$

Nivel 1: $\geq 15\%$, se puntuará con un 3

Nivel 2: $\geq 10\%$, se puntuará con un 2

Nivel 3: $\geq 5\%$, 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: $\geq 50\%$ =3

Nivel 2: $\geq 40\%$ =2

Nivel 3: $\geq 30\%$ =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. 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 2025 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	Índice de calidad y mejora en el registro de los Sistemas de Información Sanitaria en AH (ICMSIH)
VALOR	40 puntos
CÁLCULO	$ICMSIH = 0,3 A + 0,2 B + 0,1 C + 0,4 D$ 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: $\text{N}^\circ \text{ de altas de Urgencias codificados mensualmente} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de altas recogidos en el periodo según CMBD}$

Fuente: CMBD

Estándar: $\geq 90\%$ 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: $\text{N}^\circ \text{ de registros correctamente cumplimentados en cada fichero} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de registros}$

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

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

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

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

Criterios de valoración del resultado obtenido:

- La cumplimentación de los campos y la concordancia de los valores de las variables (Ej.: fechas incongruentes, tipo de cita=3 sin fecha de indicación...) serán adecuados en $\geq 95\%$ de los casos.
- Los ficheros serán enviados mensualmente a la DG Salud digital en los 7 primeros días hábiles del mes siguiente.

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

Despliegue de nuevos módulos de la HCE única

INDICADOR 3	Despliegue de nuevos módulos de la HCE única: CIRUS y gestor peticiones de pruebas radiológicas
VALOR	30 puntos
CÁLCULO	<p>Índice de despliegue de nuevos módulos HCE-AH= [(0,3 A)+ (0,1 B)+ (0,6C)]</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 a las recomendaciones de la GRS</p> <p>C. Utilización de los módulos de CIRUS, de acuerdo al cronograma propuesto por la DG Salud Digital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % 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 de CIRUS = N° intervenciones programadas con registros en la fase prequirúrgica de CIRUS/ N° de intervenciones programadas en CIRUS x 100 (en el mismo periodo) - % de utilización de la fase intraquirúrgica de CIRUS = N° intervenciones programadas con registros en la fase intraquirúrgica de CIRUS/ N° de intervenciones programadas en CIRUS x 100 (en el mismo periodo) - % de informes de alta de Cirugía Ambulatoria realizados en CIRUS = N° de informes de alta 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: ≥50%</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 los módulos que se implantaron en el hospital antes de 2025</p> <p>≥40% en los módulos implantados en el hospital en 2025</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 2025 el gestor haya sido desplegado en el hospital.

Valoración: En caso de alcanzar el estándar (>50%), la puntuación asignada será 1. Si el hospital alcanza el 30%, será 0,5. Por debajo del 30%, 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 al 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 a las recomendaciones facilitadas por la GRS.

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

INDICADOR C: Utilización de CIRUS, de acuerdo con el cronograma propuesto por la DG Salud Digital

Explicación de los términos del indicador: El despliegue de CIRUS se realizará en 2 fases: fase 1 consultas, fase 2 programación y pre - intra y postquirúrgicas. Comenzará implantándose el módulo de consultas y, semanas después, el resto de módulos. 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 2025, de acuerdo al cronograma propuesto al hospital por la DG Salud Digital.

Valoración: Si el centro alcanza el estándar de uso en todos los módulos que han sido desplegados, la puntuación asignada será 1. En caso contrario, la puntuación será 0.



PAG

2025

**INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN**



(50 puntos)

OBJETIVO 1**Establecer y/o consolidar las estructuras y los sistemas de gestión de la I+i (25 puntos)**

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

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

ÍNDICE DE GESTIÓN DE LA I+i

$$IG = IG1 + IG2$$

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 (25 puntos)**

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 $Ipr = Ipr1 + Ipr2$

INDICADOR 1(Ipr1)	Procesos de Investigación e innovación
VALOR	12.50 puntos
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> 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 Máx. 5 <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 Actividad. Proyectos de investigación/innovación activos financiados en convocatoria de concurrencia competitiva con participación del personal del área de salud Máx. 2.5 <ul style="list-style-type: none"> - Ningún proyecto: 0 - N° proyectos mayor o igual a 1 y menor de 10: 1.25 - N° de proyectos mayor o igual a 10: 2.50 Recursos. Porcentaje de fondos de investigación/innovación captados revertidos en procesos de investigación/innovación del área de salud Máx. 2.5 <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	• 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 ellos.	

INDICADOR 2	Procesos de transferencia de resultados							
VALOR	12.50 puntos							
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none">• 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<table><tr><td>- Ninguno</td><td>0</td></tr><tr><td>- Mayor del 0% y menor del 30%</td><td>1.25</td></tr><tr><td>- Mayor o igual al 30%</td><td>2.50</td></tr></table>		- Ninguno	0	- Mayor del 0% y menor del 30%	1.25	- Mayor o igual al 30%	2.50
	- Ninguno	0						
	- Mayor del 0% y menor del 30%	1.25						
	- Mayor o igual al 30%	2.50						
	<ul style="list-style-type: none">• Impacto normalizado. Tasa de citación normalizada durante el periodo evaluado Máx. 2.5<table><tr><td>- Menor de 0,3%</td><td>0</td></tr><tr><td>- 0,3-0,6 %</td><td>1.25</td></tr><tr><td>- Mayor o igual a 0,6 %</td><td>2.50</td></tr></table>		- Menor de 0,3%	0	- 0,3-0,6 %	1.25	- Mayor o igual a 0,6 %	2.50
	- Menor de 0,3%	0						
	- 0,3-0,6 %	1.25						
	- Mayor o igual a 0,6 %	2.50						
	<ul style="list-style-type: none">• 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<table><tr><td>- Menor del 10%</td><td>0</td></tr><tr><td>- Mayor o igual al 10% y menor del 50%</td><td>1.25</td></tr><tr><td>- Mayor o igual al 50%</td><td>2.50</td></tr></table>		- Menor del 10%	0	- Mayor o igual al 10% y menor del 50%	1.25	- Mayor o igual al 50%	2.50
	- Menor del 10%	0						
- Mayor o igual al 10% y menor del 50%	1.25							
- Mayor o igual al 50%	2.50							
<ul style="list-style-type: none">• Nº de Guías de Práctica Clínica con algún autor del Área de Salud publicadas en revistas indexadas Máx. 2.5<table><tr><td>- 0</td><td>0</td></tr><tr><td>- 1</td><td>1.25</td></tr><tr><td>- Mayor o igual a 2</td><td>2.50</td></tr></table>		- 0	0	- 1	1.25	- Mayor o igual a 2	2.50	
- 0	0							
- 1	1.25							
- Mayor o igual a 2	2.50							
<ul style="list-style-type: none">• 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<table><tr><td>- 0</td><td>0</td></tr><tr><td>- 1</td><td>1.25</td></tr><tr><td>- Mayor o igual a 2</td><td>2.50</td></tr></table>		- 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.



PAG

2025

**FORMACIÓN
ESPECIALISTAS**



(50 puntos)

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	25 puntos
CÁLCULO	<p>Índice de mejora (IC) = Σ de los indicadores ponderados: IC=IC1+IC2+IC3+IC4+IC5+IC6 + IC7</p> <p>Indicador I1: Análisis voz residentes. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas.</p> <p>Indicador I2: Análisis voz tutores. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas.</p> <p>Indicador I3: Fomento de la investigación de los residentes.</p> <p>Indicador I4: Participación de los tutores en actividades de formación.</p> <p>Indicador I5: Seguimiento de objetivos y acciones correctivas y/o preventivas.</p> <p>Indicador I6: Realización del 100% del PTC.</p> <p>Indicador I7: 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: Análisis voz residentes. 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.

VALORACIÓN:

- Porcentaje de participación menor del 40%: 0 puntos.
- Porcentaje de participación entre el 40% y 60%: 2 puntos.
- Porcentaje de participación superior al 60%: 4 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: Análisis voz tutores. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas.

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

FUENTE: Encuesta de satisfacción de los tutores.

VALORACIÓN:

- Porcentaje de participación menor del 40%: 0 puntos.
- Porcentaje de participación entre el 40% y 60%: 2 puntos.
- Porcentaje de participación superior al 60%: 4 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 I3: 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: 2 puntos.

Más de 30% de residentes: 4 puntos.

Indicador I4: 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: 3 puntos.

Indicador I5: 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: 4 puntos.

Indicador I6: 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: 3 puntos.

Indicador I7: 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: 3 puntos.

OBJETIVO 2

Seguimiento y Evaluación del plan formativo

INDICADOR 1	Seguimiento plan formativo anual y evaluación de resultados de la formación
VALOR	25 puntos
CÁLCULO	$I = \sum (\text{de los indicadores ponderados})$ $I = I1 + I2 + I3 + I4$ (I1, I2) Seguimiento del Plan formativo Anual (I3, I4,) Resultados de la formación
FUENTE	Aplicación informática Gestion@FC Informes de Evaluación Informe de la Unidad de Formación Continuada Informe de la Auditoría Encuesta de satisfacción / transferencia / impacto Plan de Formación Continuada
ESTÁNDAR	Los de cada indicador para obtener las puntuaciones parciales

EXPLICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL INDICADOR Y SU VALORACIÓN

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

Indicador I1: Ejecución de actividades formativas programadas

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

Fuente: Plan de Formación continuada

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

Evaluación:

Ejecución del 70% del corte semestral: 2.5 puntos

Ejecución del 90% del corte anual: 5 puntos

Indicador I2: Auditoría de las actividades formativas realizadas

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

Fuente: Gestion@FC e informes de auditorías.

Estándar: Superación del 90% en las cuatro ediciones.

Evaluación:

Entre 70 % y el 90 % en las cuatro ediciones, se obtendrán 2.5 puntos

Si se alcanzan más del 90 % en las cuatro ediciones, se obtendrán 5 puntos

Indicador I3: Satisfacción de las actividades formativas

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

Fuente: Encuesta de satisfacción

Estándar: ≥ 8 (sobre 10)

Evaluación:

Si el resultado está entre 7 y 8 se obtendrán 2.5 puntos

Si el resultado es mayor de 8 se obtendrán 5 puntos

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

Cálculo: $(\text{número de acciones formativas con evaluación de transferencia específica y/o impacto} / \text{total acciones formativas}) * 100$

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

Estándar: 20%

Evaluación:

Si se ha realizado evaluación de transferencia específica y/o impacto entre un 10%-20% de acciones formativas: 7.5 puntos

Si se ha realizado evaluación de transferencia específica y/o impacto en más del 20% de acciones formativas: 10 puntos

