



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



CONTRATO DE GESTIÓN

2019

INGESA CEUTA



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
POBLACIÓN (Anexo B1).....	3
LÍNEAS GENERALES.....	4
LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA.....	5
1. ATENCIÓN PRIMARIA.....	5
1.1. Organización de la actividad:.....	5
1.2. Cartera de servicios (Anexo B2).....	6
1.3. Calidad en Atención Primaria.....	6
2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	7
2.1. Objetivos de Accesibilidad y Eficiencia de los Servicios (Anexos B3).	8
2.2. Cartera de servicios, Estructura y Equipamiento (Anexo B3.1).	8
2.3. Calidad en Atención Especializada (Anexo A8).	8
3. LÍNEAS TRANSVERSALES A AMBOS NIVELES ASISTENCIALES (Anexos A).....	9
3.1. Estrategias dirigidas a los problemas de salud prevalentes en el área sanitaria (Anexo A1). .	9
3.2. Líneas transversales a incluir en todos los programas (Anexo A2).	11
3.3. Gestión de la Prestación Farmacéutica (Anexo A3).	11
3.4. Sistemas de Información (Anexo A4).	13
3.5. Gestión de la Incapacidad Temporal (Anexo A5).	14
3.6. Formación, Docencia e Investigación (Anexo A6).	15
3.7. Participación de los Profesionales en los procesos de toma de decisiones de la organización y en la gestión clínica (Anexo A7).	17
3.8. Contratos de servicios sanitarios.	17
4. CALIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA (Anexo A8).....	18
LÍNEAS DE ACTUACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERAS Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	19
1. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS EN MATERIA DE PERSONAL.	19
2. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS EN MATERIA DE GASTOS CORRIENTES EN BIENES, SERVICIOS Y TRANSFERENCIAS CORRIENTES.	19
3. GESTIÓN ADECUADA DE LOS INGRESOS GENERADOS POR LA ENTIDAD.....	20
4. RACIONALIZACIÓN Y TRANSPARENCIA EN COMPRA PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.	21
5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN ECONÓMICO-FINACIERAS Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	21
PRODUCTIVIDAD VARIABLE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.	22



ANEXOS	23
A: LÍNEAS TRANSVERSALES A AMBOS NIVELES ASISTENCIALES.	25
A1: Estrategias de Salud.	25
A2: Líneas transversales en todos los programas.....	29
A3: Gestión de la prestación farmacéutica.	31
A4: Sistemas de información.	32
A5: Gestión de la incapacidad temporal.	32
A6: Formación, Docencia e Investigación	33
A7: Participación de los profesionales en la Gestión Clínica.....	33
A8: Calidad de los resultados en Atención Sanitaria.	34
B: CARTERA DE SERVICIOS Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL.	35
B1: Población.	35
B2: Atención Primaria.	36
B3: Atención Especializada	39
C: ANEXOS C	41
C1Financiación de Atención Primaria	42
C2: Financiación de Atención Especializada.	43
C3: Financiación de Dirección Territorial	44
C4: Ficha control de ingresos por tipo de garante.....	45
C5: Control sobre asistencia no financiada con cargo a fondos públicos realizada a no esidentes.	46
C6: Asignación eficiente de recursos económicos en materia de personal	47



Reunidos D. **Alfonso Jiménez Palacios**, Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, D. **Jesús Lopera Flores**, Director Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta y D. **Carlos Javier Ramírez Rodrigo**, Gerente de Atención Sanitaria del Área Única de Ceuta, acuerdan suscribir el presente Contrato de Gestión, conforme a las siguientes estipulaciones:

INTRODUCCIÓN.

El Contrato de Gestión suscrito entre la Dirección del INGESA por una parte y la Dirección Territorial y la Gerencia del Área Única de Ceuta por la otra, es uno de los principales instrumentos de gestión de los servicios sanitarios públicos en esa ciudad y supone el compromiso del conjunto de la organización con la población de la ciudad y su salud.

Este compromiso recoge las principales líneas de actuación y objetivos que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria va a desarrollar en la ciudad de Ceuta para asegurar una atención sanitaria integral y de calidad a su población.

Todo ello ha de conseguirse con los recursos disponibles por lo que la eficiencia ha de convertirse en un eje importante de la organización.

Los objetivos y líneas de actuación deben tener su reflejo en las distintas unidades (Equipos de Atención Primaria o Servicios/Unidades de Atención Especializada). Cuando ello sea posible, se tenderá a concretar a nivel individual (por profesional) los objetivos y actuaciones más relevantes y cuyo seguimiento individual sea viable.

POBLACIÓN (Anexo B1).

La población recogida en el anexo B1 es la población de Tarjeta Sanitaria Individual a 1 de enero de 2019, recogida en la Base de datos "Civitas".

No obstante es preciso tener presente que la demandas y presión asistenciales son superiores a las que cabría esperar de la población registrada debido a las especiales circunstancias limítrofes de la ciudad. Esto se hace sentir especialmente en las áreas de obstetricia-ginecología, pediatría, urgencias y servicios críticos.



LÍNEAS GENERALES.

En relación a los pacientes:

Este contrato de gestión está orientado a problemas de salud específicos de la población, al fomento de su prevención y a la promoción de la adopción de hábitos de vida saludables. Asimismo pretende sentar las bases para dar la mejor respuesta asistencial posible, estableciendo altos niveles de calidad técnica y seguridad para los pacientes.

Para esto, pretende adecuar, mejorándola si fuera necesario, la accesibilidad a la oferta de servicios sanitarios: listas de espera, cita previa, identificación de problemas en ambos niveles asistenciales así como el análisis de alternativas para aportar soluciones. En este sentido, la coordinación con los servicios sociosanitarios debe constituir una de las líneas de trabajo de los profesionales y gestores sanitarios.

Por último, la mejora del trato y la satisfacción percibida por los pacientes y usuarios constituyen otra de las bases del presente contrato.

En relación con los profesionales/empleados públicos EEPP:

Mejorar la satisfacción, motivación y aplicación de incentivos, plan de Formación, Plan de fidelización, protocolos para la erradicación de la violencia en el ámbito laboral, fomentar la participación de los profesionales /EEPP en la toma de decisiones de la organización y en la fijación de líneas de actuación y objetivos.

En relación con mejoras en la organización:

Mejorar la eficiencia en la atención sanitaria a través del uso adecuado de los recursos asistenciales (consultas, estancias, hospital de día, medios diagnósticos y terapéuticos, alta tecnología), la utilización de protocolos y guías clínicas basadas en evidencias, el uso racional de la prestación farmacéutica, Etc.

Mejorar la gestión de los RRHH: desarrollo del Plan de Ordenación, estudio de necesidades, procedimientos de contratación, plan de Formación adecuado a necesidades y reglado para todos los EEPP.

Mejorar la evaluación, la eficiencia y el rigor en la ejecución presupuestaria, con especial énfasis en las recomendaciones del Tribunal de Cuentas en su informe sobre el ejercicio 2016.

Mejoras en los sistemas de información (SI) y tecnologías de información y comunicación (Tics): plan de necesidades a tres años y abordaje de la obsolescencia tecnológica, impulso de la telemedicina, conexiones con centros de referencia y entre niveles asistenciales, actualización de sistemas de información y adecuación de cuadros de mando.

Mejoras de la transparencia y rendición de cuentas a través de los órganos colegiados de participación, relación con los representantes de los trabajadores, portal de Transparencia, política de Comunicación común y coordinada con SSCC.

Mejorar coordinación con otras instituciones: Delegación de Gobierno, Consejería de Salud, servicios sociales, asociaciones profesionales, organizaciones civiles.



LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA.

En ambos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Especializada, se actuará para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios, así como en identificar junto a todos los profesionales los principales problemas que existan para conseguir una mayor capacidad de resolución de dichos servicios, y una mayor eficiencia.

En desarrollo de lo establecido en las Líneas generales de este contrato, se deberá:

- **Garantizar la mejor atención sanitaria posible a los ciudadanos**, incluyendo las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en todos los programas, incidiendo fundamentalmente en la promoción de hábitos de vida saludable como el ejercicio físico y la correcta alimentación para prevenir obesidad.
- Priorizar el abordaje integral de las principales **enfermedades crónicas** con elevada morbimortalidad en el Área Sanitaria de forma conjunta en ambos niveles asistenciales, recuperando el papel de la Atención Primaria en el conjunto de los dispositivos de salud.
- Poner el foco en la **calidad de la atención y en la seguridad de los pacientes** en todos y cada uno de los procesos clínicos.
- Protocolizar la adecuada derivación de los pacientes que no pueden ser atendidos con los recursos propios del INGESA, por lo que es preciso reforzar las relaciones con el Servicio Andaluz de Salud a través del **desarrollo del Protocolo de Actuación**, así como revisar, completar y/o mejorar los conciertos y/o contratos necesarios para complementar la atención sanitaria que no se puede prestar con recursos propios.
- Asegurar la **participación activa de los distintos colectivos** que componen la organización en el desarrollo de los distintos objetivos, mejorando el alineamiento en los distintos niveles de la Organización.

1. ATENCIÓN PRIMARIA.

1.1. Organización de la actividad:

La accesibilidad es inherente a la Atención Primaria por lo que el esfuerzo ha de ir encaminado a facilitar a los pacientes la atención sanitaria en un amplio rango horario. **Durante el primer semestre de 2019 se confeccionará un plan para recuperar la actividad de los centros de salud en horario de tarde.**

Se dará prioridad no solo a las consultas a demanda, programada y en domicilio, sino a actividades compartidas por el equipo (enfermería, matronas, administrativos, etc.) en forma de sesiones clínicas, reuniones de equipo, etc. **Se seguirá impulsando la Codificación de diagnósticos en las historias clínicas de Atención Primaria.**

- **1.1.1. Procesos Asistenciales:** Se continuará trabajando conjuntamente con AE en el diseño e implementación de procesos asistenciales, haciendo especial hincapié en:



- Control y prevención de la obesidad.
- Paciente diabético.
- Paciente crónico pluripatológico.

1.1.2. Impulso e incremento de la Cirugía Menor Ambulatoria. La **Cirugía Menor Ambulatoria** se realizará por los centros en, al menos, **2** procesos/patologías.

1.1.3. Seguimiento y evaluación de las derivaciones a Atención Especializada con elaboración de protocolos y valoración en comisión de derivaciones. .

1.1.4. La actividad en los centros de salud se organizará en torno al modelo de Equipos de Atención Primaria. **La oferta de consulta a los pacientes ocupará un mínimo de 5 horas diarias**, abarcando actividad programada y a demanda. La organización de las agendas y de sus cambios es competencia de la Dirección Médica de Atención Primaria.

1.1.5. Las **derivaciones a AE** no superarán el **10%** de las consultas totales.

1.1.6. El nº de **pacientes atendidos en el domicilio por cada enfermera** y día no será inferior a **2,5**.

1.1.7. La **espera en las unidades de apoyo** no superará los **15 días**.

1.1.8. El **tiempo de respuesta en el 061** no superará los **10 minutos**, en el 85% de los casos.

1.2. Cartera de servicios (Anexo B2).

La cartera de servicios para 2019 es la reflejada en el **anexo B2**

1.2.1. La **evaluación de la cartera de servicios** se realizará en el último trimestre del año.

La Gerencia del Área emitirá un **informe** con el análisis de los resultados de la evaluación, estableciendo las medidas correctoras pertinentes y la reevaluación de los objetivos no alcanzados.

1.3. Calidad en Atención Primaria.

La calidad es un valor inherente e irrenunciable de los servicios sanitarios. No es suficiente con atender a todos los que lo precisan (cobertura) en condiciones de igualdad efectiva (equidad). Es imprescindible hacerlo con el máximo nivel de calidad que permitan los recursos disponibles.

1.3.1. Las **hojas de interconsulta** estarán correctamente cumplimentadas en el **90 %** de los casos. Se realizará un estudio/auditoría al respecto con los estándares previamente establecidos.

1.3.2. Se realizará un **estudio de calidad sobre derivaciones** a consultas de AE en, al menos, 2 procesos asistenciales (especificar cuáles).



1.3.3. Las **normas técnicas mínimas** (NTM) de la cartera de servicios se evaluarán en el último trimestre del año.

1.3.4. La **codificación de diagnósticos** en las historias clínicas deberá **alcanzar, al menos, un 50 %** (Fuente: Explotación de e-Siap).

2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

La finalidad de la atención hospitalaria es conseguir los mejores resultados esperables según el proceso asistido y las características individuales del paciente. Para esto, lo fundamental es seguir las recomendaciones de las Guías/Protocolos para la seguridad del paciente para prevenir las infecciones y otras causas de morbilidad y mortalidad intrahospitalaria, y finalmente que eviten estancias prolongadas o reingresos por fallos del proceso asistencial.

Para conseguir los mejores resultados asistenciales se seguirá trabajando en la **mejora de la accesibilidad siendo prioridad mantener las demoras medias para intervenciones quirúrgicas**, pruebas diagnósticas y consultas externas según lo establecido en los anexos correspondientes.

Se mejorará el **rendimiento de los servicios hospitalarios** especialmente del Bloque Quirúrgico y mejorando la implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria, potenciando la hospitalización de día, adecuando según los procesos tanto la estancia media, como el uso de las técnicas diagnósticas y terapéuticas según guías/ protocolos nacionales y/o internacionales.

Dentro de la capacidad de resolución que permite el uso de la **Telemedicina**, se incorporarán nuevos procesos, especialmente con Atención Primaria; se hará especial hincapié en aquellos procesos que eviten el desplazamiento de pacientes a la Península.

Se continuarán los trabajos de la Comisión de Seguimiento de las Derivaciones Asistenciales, para seguir analizando y dando alternativas a los problemas asistenciales generados por las patologías que no pueden ser atendidas con recursos propios. Especialmente se trabajará en protocolos de derivación conjuntos en el marco del Protocolo general de Actuación firmado entre INGESA y el SAS y la ONT.

Historia Clínica Digital del SNS: Se cumplimentarán los informes clínicos de alta (hospitalización, urgencias y consultas externas) y de pruebas, siguiendo el conjunto mínimo de datos del RD 1093/2010. Se registrarán, en la historia clínica y en los informes de alta, los diagnósticos secundarios.

Gestión por procesos: Se continuará trabajando conjuntamente con Atención Primaria en el diseño e implementación de procesos asistenciales, haciendo especial hincapié en los procesos de atención al paciente diabético, al pluripatológico y a la obesidad.

Se promoverá el **uso adecuado de los antibióticos** siguiendo las recomendaciones del "Plan Nacional para el Control de las Resistencias a Antibióticos" (PRAN).



2.1. Objetivos de Accesibilidad y Eficiencia de los Servicios (Anexos B3).

Los objetivos de Atención Especializada en este epígrafe se recogen en los **Anexos B3, 2 y B3, 3**, y responden a las siguientes líneas de actuación:

- 2.1.1. Espera quirúrgica:** El tiempo medio de espera quirúrgica no superará, a finales del año, los **50** días, no existiendo ningún paciente con espera superior a los **90** días.
- 2.1.2. Espera diagnóstica:** El tiempo medio de espera para consultas no superará los **30** días, no existiendo ninguna con espera superior a **90** días, al finalizar el año. De existir alguna especialidad, proceso o prueba en los que pudiera estar justificada una espera mayor, se contemplará como excepción, figurando expresamente en el contrato de gestión. El tiempo medio de espera para pruebas diagnósticas es el que consta en el anexo B3.
- 2.1.3. Cirugía mayor ambulatoria:** El índice de sustitución global alcanzará, al menos, el **0,5** (este índice se define como la relación entre las intervenciones quirúrgicas programadas de CMA y el total de intervenciones quirúrgicas programadas, las de CMA más las de hospitalización subsidiaria de poder hacerse por CMA). Además se establecerán objetivos para cada uno de los servicios quirúrgicos referentes a la relación entre las intervenciones realizadas de forma ambulatoria y las subsidiarias de poder hacerse por CMA.
- 2.1.4. Estancia media:** Depurada no será superior a los **5,5** días. IEMA igual o menor que en 2018.
- 2.1.5.** La **Estancia Media preoperatoria** no superará **1 día** en cirugía programada.
- 2.1.6.** Se pondrán en marcha, al menos, dos procesos nuevos de telemedicina que impliquen una mejora en la resolución de los procesos.

2.2. Cartera de servicios, Estructura y Equipamiento (Anexo B3.1).

2.3. Calidad en Atención Especializada (Anexo A8).

- 2.3.1. La mortalidad intrahospitalaria** En procesos agudos en pacientes hospitalizados menores de 65 años, no superará el **2 %** en total de todos los procesos incluidos en la tabla de Holland (Códigos CIE-9 493,540-543, 550-553, 574, 575, 640-676, 760-779 o los correspondientes en la CIE-10).
- 2.3.2.** La **Comisión de Mortalidad** del Hospital estudiará mensualmente y emitirá informe a la Gerencia de cada caso de muerte en menores de 65 años en procesos agudos, asociada a GRD de baja mortalidad (anexo tablas de Holland modificadas), incluyendo mortalidad materna y perinatal.
- 2.3.3.** El **rendimiento del bloque quirúrgico** debería ser mayor del **70%**.



- 2.3.4.** Se obtendrán las tasas de **Incidencia y Prevalencia de la infección hospitalaria** desagregada por tipo de infección, y procesos quirúrgicos y médicos.
- 2.3.5.** El porcentaje de **reingresos no esperados tras cirugía programada** en la misma categoría diagnóstica mayor CDM en menos de 30 días tras el alta, será menor del **1%**.
- 2.3.6.** El grado de concordancia entre el registro de **diagnósticos secundarios** que constan en el informe de alta, con lo registrado en la historia clínica, será de, al menos, el 80%. El servicio de documentación evaluará semestralmente este parámetro.
- 2.3.7.** La **Comisión de Historias Clínicas** del Hospital adaptará los informes de alta de hospitalización, urgencias y consultas externas, así como los de pruebas de imagen, de laboratorio y de otras pruebas, a los requerimientos del RD 1093/2010, y supervisará e informará a la Gerencia del nivel de cumplimentación de los mismos a lo largo del año.
- 2.3.8.** La **Comisión de Infecciones junto con la de Farmacia** evaluará y promoverá el uso adecuado de antibióticos según las recomendaciones del Programa PROA del Plan Nacional para el Control de la Resistencias a Antibióticos. (PRAN).

3. LÍNEAS TRANSVERSALES A AMBOS NIVELES ASISTENCIALES (Anexos A).

3.1. Estrategias dirigidas a los problemas de salud prevalentes en el área sanitaria (Anexo A1).

La mejora de la salud de los pacientes pasa en primer lugar por implementar las actuaciones sobre los determinantes de salud prevalentes en el área Sanitaria: obesidad, sedentarismo, adicciones, con actividades dirigidas a promover el autocuidado y la participación activa de los pacientes en los programas de diagnóstico y control.

Para esto es preciso informar y formar en todos los ámbitos sociales y edades, pero fundamentalmente a los niños y adolescentes, promoviendo hábitos saludables en sus visitas al centro de salud o al hospital, incluso en actividades en centros escolares, o con asociaciones de pacientes.

La "**Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS**", aprobada por el C. Interterritorial con un horizonte a 2020 recoge todas las acciones mencionadas anteriormente con un abordaje integral para todas las edades(priorizando < de 15 años y > de 50) y en todos los entornos (sanitario, salud pública, familiar, escuela), en consonancia con las principales recomendaciones y estrategias internacionales que reconocen que las enfermedades no transmisibles son uno de los principales desafíos para el desarrollo. La meta es invertir en promoción de la salud y prevención que es la base para disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas.



Por eso, la mejora de la **atención sanitaria a las enfermedades crónicas** se hará incidiendo fundamentalmente en el manejo correcto en Atención Primaria para disminuir las tasas de enfermedades crónicas prevenibles y los ingresos innecesarios en el hospital por estas causas. En el hospital, aplicando Guías y Protocolos Nacionales para la gestión integral de los procesos asistenciales con el objetivo de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad prematura por dichas enfermedades.

Se trata de poner en marcha las nuevas Estrategias para el SNS (E. Promoción y Prevención de la Salud, E. Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, Enfermedades Raras, y Enfermedades Neurodegenerativas) y dar continuidad en dichas áreas Sanitarias a las diversas Estrategias de salud para el SNS aprobadas por el Consejo Interterritorial del SNS que ya están implantadas (Paliativos, Cáncer, Cardiopatía Isquémica, Diabetes, Ictus, Salud Mental, EPOC, Salud Sexual y Reproductiva, Parto Normal y Seguridad de los Pacientes. Para ello la Gerencia **designará a un responsable de Área (AP y AE) para cada una de las estrategias**, cuyos datos de contacto trasladará a la SGAS.

3.1.1. Se seguirán implementando y/o poniendo en marcha todas las **estrategias de salud para el SNS** aprobadas por el Consejo Interterritorial hasta el momento actual.

Se priorizará la Estrategia de Diabetes en función de sus altas tasas de prevalencia, hospitalización y mortalidad prematura, con los siguientes objetivos específicos:

- Establecer en las consultas de AP un Programa de Intervención para la prevención y control de la obesidad con el objetivo de disminuir su prevalencia hasta la media del SNS.
- Establecer en el Área Sanitaria un Programa de Detección Precoz de Diabetes Mellitus.
- Mejorar el control de los pacientes diabéticos en AP siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Diabetes del SNS que constan en el anexo A de este Contrato.
- Bajar la tasa de hospitalización por diabetes mellitus a la media del SNS (4,8/100.000).
- Bajar la tasa de muerte prematura por diabetes mellitus a la media del SNS (3,2/100.000).

Los Objetivos e Indicadores más específicos que deben implementarse para las Estrategias de Salud para el SNS se recogen en el Anexo A1.

3.1.2. Se impulsará la creación de **Comisiones de Coordinación con la Dirección de Salud Pública de la Ciudad Autónoma** para abordar los temas de salud que



competen a ambas Instituciones: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del SNS, PRAN, Cribados de Cáncer y Metabolopatías, VIRAS. Etc.

- 3.1.3.** Se impulsará la actuación de la Comisión de Coordinación Socio Sanitaria entre INGESA y el resto de Administraciones competentes en la materia para implantar el **Protocolo de Actuación entre IMSERSO E INGESA.**

3.2. Líneas transversales a incluir en todos los programas (Anexo A2).

Se trata de aquellas líneas de actuación que deben ser tenidas en cuenta en todos los programas y actuaciones que ponga en marcha la organización para cumplir sus objetivos.

- 3.2.1.** Equidad
- 3.2.2.** Perspectiva de Género
- 3.2.3.** Continuidad asistencial
- 3.2.4.** Utilización Adecuada de técnicas diagnósticas/terapéuticas y nuevas tecnologías.

Los Objetivos e Indicadores para su implementación y evaluación se recogen en el Anexo A2.

3.3. Gestión de la Prestación Farmacéutica (Anexo A3).

La prestación farmacéutica es una de las más importantes que ofrece el Sistema Nacional de Salud, tanto desde el punto de vista asistencial como económico. Por todo ello su gestión requiere de todo el esfuerzo y atención de la organización. Las prioridades son:

- **Cumplimiento del presupuesto asignado. Se establecerán objetivos por unidad funcional y por profesional** (cuando sea posible) en base a la población adscrita ajustada.
- **Impulsar la prescripción por principio activo**, haciendo especial hincapié en AE.
- **Incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes**, En los subgrupos terapéuticos de mayor impacto, en relación con la utilización de novedades terapéuticas.
- **Seguimiento del proceso de facturación de recetas en especial de la receta electrónica.** Se vigilará el estricto cumplimiento de los plazos y la calidad de los datos de todo el proceso.
- **Comisiones de Seguimiento:** Se continuará con los trabajos de la **Comisión Central y de las Comisiones territoriales de Seguimiento de la Prestación Farmacéutica para el** seguimiento pormenorizado del consumo y gasto farmacéutico (tanto por receta como el hospitalario) así como de los distintos objetivos y acciones que se acometan al respecto.

3.3.1. Prestación Farmacéutica en Atención Primaria (Anexo A3).

- 3.3.1.1. Cumplimiento del presupuesto** asignado a AP, y de los objetivos marcados al respecto a cada EAP y a cada médico.



- 3.3.1.2. Prescripción por principio activo.** Se deberá alcanzar, al menos, el **70 %** del total de las prescripciones en receta realizadas.
- 3.3.1.3.** En los subgrupos terapéuticos de mayor impacto, **incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes**, en relación con las novedades terapéuticas. Se establecerán objetivos diferenciados para los subgrupos señalados en el Anexo correspondiente.
- 3.3.1.4. Sesiones farmacoterapéuticas:** Al menos **12 al año** (se establecerá programa a principios del año).
- 3.3.1.5. Boletines y/o hojas de evaluación farmacoterapéuticas:** Al menos **3 en el año**.
- 3.3.1.6.** Remisión mensual a todos los profesionales de su **perfil de prescripción**
- 3.3.1.7.** Realización de, al menos, **30 entrevistas personales al año**, con los médicos para tratar sobre su perfil prescriptor. Se realizarán por parte del Director Gerente y/o Director Médico con presencia del farmacéutico de AP y/o un inspector.
- 3.3.1.8.** Revisión del 100 % de **pacientes polimedicados** y remisión a los Servicios Centrales de INGESA del correspondiente informe.
- 3.3.1.9. Protocolos conjuntos:** Se elaborarán e implantarán **2 protocolos** conjuntos con AE que contemplarán el **manejo farmacoterapéutico de los subgrupos de alto impacto**.

3.3.2. Prestación Farmacéutica en Atención Especializada (Anexo A3).

Prescripción de recetas:

- 3.3.2.1. Prescripción por principio activo.** Se deberá alcanzar, al menos, el **50 %** del total de las prescripciones realizadas en recetas.
- 3.3.2.2.** Extensión de la utilización de la **receta electrónica en AE** se deberá alcanzar al menos el 50% del total de las recetas prescritas.
- 3.3.2.3.** En los subgrupos terapéuticos de mayor impacto, **incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes**, en relación con las novedades terapéuticas. Se establecerán objetivos diferenciados para los subgrupos señalados en el Anexo correspondiente.
- 3.3.2.4.** Cumplimiento de los **objetivos cuantitativos de prescripción en AE**.
- 3.3.2.5.** Remisión mensual a todos los médicos de su **perfil de prescripción** por receta.
- 3.3.2.6.** Se realizarán al menos **15 entrevistas personales al año** con los médicos especialistas para tratar de sus respectivos perfiles de prescripción. Estas



entrevistas serán realizadas por el Director Gerente y/o Director Médico con la presencia de un farmacéutico y/o un inspector.

Farmacia hospitalaria:

- 3.3.2.7.** Control pormenorizado del gasto/consumo de farmacia hospitalaria, especialmente dirigido a los medicamentos **prescritos y dispensados a pacientes ambulatorios y pacientes externos.**
- 3.3.2.8.** Se continuará con el registro y control exhaustivos de los pacientes y tratamientos de **hepatitis C.**
- 3.3.2.9.** Se incrementará en el ámbito hospitalario la utilización de medicamentos **genéricos y biosimilares**, hasta alcanzar al menos un **4%** y un **1,8 %** respectivamente.
- 3.3.2.10.** Se priorizará la compra de medicamentos adjudicados en los acuerdos marco de **compra centralizada** gestionados por INGESA.

3.3.3. Objetivos de la Prestación Farmacéutica en la Dirección Territorial

- 3.3.3.1.** Sistema de información y control del consumo farmacéutico: **Control de la facturación de las recetas y verificación de soportes de facturación y plazos de presentación.**
- 3.3.3.2.** Intensificar las **revisiones de recetas**, en base a los "rechaces" y otras anomalías obtenidas por Digitalis, priorizando las de visado, estupeficientes, dietoterápicos, y electrónicas en general.
- 3.3.3.3. Cargas mensuales de las bases de datos**, garantizando la carga mensual y puntual del Nomenclátor de productos farmacéuticos y del Nomenclátor de dietoterápicos en las aplicaciones de prescripción, en AP y AE.
- 3.3.3.4. Actualización mensual de los CIAS.**
- 3.3.3.5. Seguimiento del gasto en capítulo IV.**
- 3.3.3.6.** La **Comisión Mixta Provincial** con el Colegio de Farmacéuticos, se reunirá mensualmente y se remitirán las actas a la SGAS.
- 3.3.3.7.** Ejecución y seguimiento de los **procesos de reintegro** de los excesos de aportación farmacéutica.

3.4. Sistemas de Información (Anexo A4).

La información es clave para cualquier organización, para saber lo que está ocurriendo y lo que debe ser modificado para alcanzar los objetivos previstos. Por ello es de la máxima importancia que la información sea de calidad, disponiendo de ella en la forma y los plazos adecuados.

- 3.4.1.** Se mantendrán en activo todos aquellos **sistemas de información**, subsistemas y ficheros que resulten necesarios para el seguimiento de los objetivos marcados.



3.4.2. Se **remitirá a los servicios centrales de INGESA** toda la información solicitada en los plazos establecidos.

3.5. Gestión de la Incapacidad Temporal (Anexo A5).

Como consecuencia de los compromisos adquiridos por el INGESA en el convenio suscrito con el INSS para el control de la IT 2017-2020 y del Programa de Actividades de Modernización y Mejora de la Gestión y Control de la IT 2019, se hará especial hincapié en el cumplimiento de sus principales objetivos con la implicación tanto de los Médicos de Atención Primaria (MAP) como de la Inspección:

3.5.1. Remitir en plazo al INSS los partes de IT. En las situaciones en las que se produzca un cambio de proceso los partes de confirmación se transmitirán al INSS antes de los **6 días**; en el caso de las recaídas, cuando la Inspección en la revisión de partes detecte una acumulación de procesos, antes de los **20 días**.

3.5.2. Cumplimentar siempre (S/N) el campo **recaída**. En los casos de recaída: Fecha de baja de la recaída, fecha de baja del proceso inmediatamente anterior y fecha de baja del proceso inicial.

3.5.3. Control del **absentismo** por Incapacidad Temporal en la población general y, de manera particular, el que afecta a los trabajadores del INGESA, mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos:

3.5.3.1. Gestión de la IT de los trabajadores propios

- La duración media por trabajador (DMA) no superará los **0,9 días**
- La prevalencia de las bajas no superará el **3,2 %**.

3.5.3.2. Gestión de la IT de la población general

- La duración media por trabajador (DMA) no superará los **0,55 días**.
- La prevalencia de las bajas no superará el **2 %**.

3.5.4. Potenciar la **formación en IT** de los facultativos de AP mediante charlas en los centros de salud, con participación de la Inspección Médica, el INSS y las Mutuas.

3.5.5. Cumplimentación de **informes médicos** para el control de la IT.

3.5.6. Conciliación de partes: La Inspección realizará un seguimiento de los partes médicos que mensualmente les solicita el INSS tras el cruce mensual con los partes remitidos por las empresas a través del sistema RED pero pendientes de comunicar por el INGESA; envío, en su caso, de los partes en formato papel.

3.5.7. Gestión de **procesos de corta duración** (aquellos cuyo diagnóstico tenga establecida una duración estándar ≤ 30 días) de acuerdo con el Plan establecido y difundido en 2013.



- 3.5.8.** Elaboración de un **Plan de Actuaciones** por parte de la Inspección en el que se fijen las acciones a seguir en aquellos procesos que sobrepasen la duración óptima prefijada.
- 3.5.9.** Elaboración de **material informativo dirigido a los ciudadanos** que fomente la concienciación e información sobre la prestación de IT en general y el uso adecuado y responsable de la misma (carteles, folletos, trípticos, cuñas en la web institucional, etc.).
- 3.5.10.** Enviar a los Servicios Centrales las actas de las reuniones de la Comisión Provincial de Seguimiento del Convenio de IT, así como las certificaciones de las actividades realizadas en cumplimiento de los diferentes objetivos del citado convenio, que deben presentarse al INSS acompañando a la memoria técnica y financiera anual.
- 3.5.11.** Designar coordinadores de Incapacidad Temporal en los distintos niveles de la organización (Dirección Territorial, área de inspección, gerencia y equipo de atención primaria) y potenciar la implicación de la Inspección Médica con las unidades de gestión provinciales de Incapacidades laborales, así como participar mensualmente en la Comisión Provincial informando sobre las actuaciones de control de IT desarrolladas, el resultado de las mismas, y de otros datos de interés para el conocimiento de la situación de la prestación de IT y la evolución de su control.

3.6. Formación, Docencia e Investigación (Anexo A6).

No es posible mantener unos servicios sanitarios de calidad, sin una atención preferente a estas áreas, que aseguren una adecuada capacitación de los profesionales y la incorporación de la tecnología necesaria.

3.6.1. Formación.

Se impulsará un programa de **formación continuada por categoría profesional en el primer trimestre del año**, que será aprobado por las Comisiones de Docencia y de Formación del Área, oída la Junta de Personal, y que tendrá como base los objetivos de la Institución.

Se impulsarán las líneas de formación **siguiendo recomendaciones de las Sociedades Científicas**, con objeto de mejorar la calidad de la asistencia, dentro de un **Programa Formativo Global de la Institución de carácter trienal**.

El Área dispondrá de un programa de formación que contemple las siguientes líneas prioritarias:

- Estrategias de salud
- Calidad percibida
- Gestión clínica
- Sistemas de información y nuevas tecnologías



- Calidad de las historias y de los informes clínicos: codificación
- Comunicación y mejora del clima laboral
- Uso racional de los medicamentos, prioridad uso adecuado de antibióticos.
- Violencia de Género.

Cada unidad asistencial (Servicio o EAP) dispondrá de un programa de formación propio, en el que se contemplará

- La participación de sus componentes en el programa de formación del Área.
- Procedimientos/Técnicas que se considere deben aprenderse fuera del propio centro para mejorar la resolución y la calidad de la atención.
- Un calendario de sesiones (2 a la semana como mínimo) incluyendo sesiones clínicas, bibliográficas, farmacoterapéuticas, etc.

3.6.2. Docencia.

El objetivo prioritario es **mantener la acreditación de las Unidades Docentes** actuales optimizando los medios humanos y materiales necesarios para ello.

Además, se valorará la posibilidad de solicitar la **acreditación de nuevas Unidades Docentes**.

Se potenciara la participación de los **MIR Y EIR** en investigación, sesiones clínicas, congresos y todo tipo de actividades formativas, siempre teniendo en cuenta las necesidades asistenciales.

Los MIR de 4º año de MFyC incluirán, en su programa de formación, una rotación por la Inspección Médica, de 6 horas de duración, a los efectos de formarse en prestaciones de incapacidad laboral.

3.6.3. Investigación.

La Dirección Territorial impulsará la realización y participación de los profesionales en **estudios multicéntricos** de investigación tutelados por comités éticos de investigación clínica del SNS.

A propuesta de la Gerencia de Área, la Dirección de INGESA evaluará y en su caso impulsará las **líneas de investigación**, facilitando el desarrollo de las que lleve a efecto la Institución.

La **Comisión de Formación Continuada e Investigación del Hospital** recogerá en sus actas los proyectos de investigación activos aprobados por dicha Comisión de Formación Continuada e Investigación del Hospital y/o de Atención Primaria, así como tutelados por algún Comité Ético de Investigación Clínica del SNS.

Se nombrará un **Responsable de Investigación en dicha Comisión** para tutelar e informar a la Gerencia y a SS.CC. de dichos proyectos tanto del ámbito de A. Especializada como de A. Primaria.



3.7. Participación de los Profesionales en los procesos de toma de decisiones de la organización y en la gestión clínica (Anexo A7).

Los profesionales son el núcleo fundamental de las organizaciones sanitarias, en los que descansa la responsabilidad fundamental en los procesos de toma de decisiones, tanto clínicas como de utilización de los recursos. Por ello, es esencial su participación reglada en la elaboración y seguimiento de los objetivos de las mismas.

Se priorizarán acciones para mejorar la **satisfacción y motivación** de los profesionales con líneas de actuación participados en los distintos niveles.

La Dirección Territorial velará para que se suscriban Pactos de Gestión entre la Gerencia del Área y las distintas Unidades/Servicios, con participación de los profesionales tanto en su definición como en su seguimiento.

Objetivos: (Anexo A7).

- 3.7.1.** Se establecerán objetivos y líneas de actuación pactados con cada Unidad Asistencial o funcional. Se dejará constancia en un **Pacto de Gestión por Servicio/Unidad** suscrito entre el Gerente del Área y el responsable de la Unidad/Servicio correspondiente. Estos Pactos de Gestión se remitirán a la Subdirección General de Atención Sanitaria al finalizar el primer semestre del año en curso, y serán evaluados y remitidos a la SGAS al finalizar dicho año.
- 3.7.2.** Se establecerá un **calendario de reuniones** (una al trimestre por lo menos) del **Equipo Directivo del Área con los responsables de las unidades asistenciales** (AP por un lado y AE por otro) en las que se realizará un seguimiento de los objetivos y se tomarán las decisiones correctoras oportunas. Se enviará dicho calendario a la Subdirección General de Atención Sanitaria al finalizar el primer semestre del año en curso.
- 3.7.3.** Se realizarán al menos **6 reuniones anuales de la Comisión Central de Calidad Hospitalaria y las Comisiones Clínicas**, con **evaluación de al menos 2 objetivos** en cada Comisión.

3.8. Contratos de servicios sanitarios.

Los servicios sanitarios (antes denominados conciertos) tienen por objeto complementar las actividades y servicios sanitarios a prestar a la población, cuando no son suficientes los recursos propios disponibles. Estos servicios han de ser los estrictamente necesarios una vez rentabilizados al máximo los recursos propios.

Los servicios sanitarios contratados actualmente con empresas privadas, y gestionados por la Gerencia de Ceuta son los siguientes:

3.8.1. Técnicas de diagnóstico por imagen:

- RNM
- PET-TAC



3.8.2. Procedimientos terapéuticos:

- Diálisis en club
- Radioterapia
- Terapias respiratorias a domicilio (incluyen oxigenoterapia, aerosol terapia, y otras terapias respiratorias).
- Procedimientos quirúrgicos de columna.

3.8.3. Transporte sanitario.

- Terrestre. El transporte de urgencias y emergencias está adscrito al Centro Coordinador de Urgencias.
- Aéreo. Helicóptero sanitario.

3.8.4. Teleasesoramiento a médicos del INGESA en episodios de ictus.

Dentro del concierto de transporte sanitario terrestre la DT de Ceuta gestiona actualmente el transporte sanitario programado y no programado.

La Gerencia de Ceuta remitirá trimestralmente a la Subdirección General de Atención Sanitaria, la información que permita un apropiado seguimiento de los servicios sanitarios contratados y del gasto derivado de los mismos.

4. CALIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA (Anexo A8).

El objetivo es mejorar la calidad y la seguridad de las prestaciones sanitarias mediante el seguimiento periódico de los resultados de la atención que se presta a los pacientes. Para esto se actuará fundamentalmente en tres objetivos:

- 4.1.** Identificar los **Indicadores Clave** para monitorizar los **resultados** de los procesos clínicos, y de gestión, de cada servicio/ unidad.
- 4.2.** **Vigilar y notificar los incidentes y eventos Adversos** para su análisis y extracción de conclusiones que ayuden en la prevención de futuros sucesos que pongan en peligro la **seguridad de los pacientes**, sus familiares y del propio personal del centro sanitario.
- 4.3.** Obtener las **Tasas de Mortalidad Intrahospitalaria "evitable"**, asociada a procesos agudos de baja probabilidad de muerte, en menores de 65 años, fundamentalmente en procesos quirúrgicos.
- 4.4. Calidad percibida.** Evaluar los resultados de las encuesta de satisfacción de los pacientes para poner en marcha medidas de mejora de acuerdo a los resultados. Incluir en el programa de formación 2019 actividades dirigidas a concienciar a los profesionales en información y trato al paciente, de forma que se obtengan los siguientes resultados:
 - 4.4.1.** El porcentaje de **pacientes satisfechos con la información y "trato personal recibido"** superará el **85 %**.
 - 4.4.2.** El **índice sintético de satisfacción** de los usuarios superará el **85 %** (solo para AP).



4.4.3. Todas las **reclamaciones** serán contestadas en un máximo de **30 días**.

Los Indicadores para evaluar los resultados de la calidad de la atención sanitaria se recogen en el Anexo A8.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERAS Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

1. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS EN MATERIA DE PERSONAL.

OBJETIVO A	Asignación eficiente de los recursos económicos en materia de personal
-------------------	---

Indicador 1	Control sobre el Presupuesto anual asignado en Capítulo I.
Cálculo	Obligaciones reconocidas.
Fuente	SICOSS-PROSA.
Estándar	Financiación consignada en Contrato de Gestión.

Indicador 2	Control sobre nombramientos de personal estatutario temporal en caso de IT y VPL.
Cálculo	Porcentaje y número de días sustituidos respectivamente.
Fuente	Saint-7.
Estándar	Cumplimiento de los objetivos fijados en Contrato de Gestión.

Indicador 3	Control sobre nombramientos de personal estatutario por necesidades de servicio.
Cálculo	Jornadas y coste del personal nombrado, excluido el personal eventual de más de seis meses.
Fuente	Saint-7.
Estándar	Cumplimiento de los objetivos fijados en Contrato de Gestión.

2. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS EN MATERIA DE GASTOS CORRIENTES EN BIENES, SERVICIOS Y TRANSFERENCIAS CORRIENTES.

OBJETIVO B	Asignación eficiente de los recursos en materia de gastos corrientes en bienes, servicios y transferencias corrientes.
-------------------	---

Indicador 1	Control sobre el Presupuesto anual asignado en Capítulo II y IV.
Cálculo	Obligaciones reconocidas.
Fuente	SICOSS-PROSA.
Estándar	Financiación consignada en Contrato de Gestión.

Indicador 2	Control adecuado del procedimiento de gasto y tramitación de facturas.
Cálculo	Periodo medio de pago a proveedores.
Fuente	Explotación del registro contable de facturas.
Estándar	Cumplimiento de los objetivos fijados al respecto por la Dirección de Ingesa.



La Dirección de INGESA, de acuerdo con los medios económicos disponibles, asigna a la Dirección Territorial y a la Gerencia Única de Ceuta los recursos financieros para el desarrollo de sus programas y el cumplimiento de sus objetivos asistenciales, Anexo C de este Contrato de Gestión.

Tanto la Gerencia como la Dirección Territorial deberán necesariamente ajustar sus compromisos de gasto en cuantía y finalidad a su asignación de recursos financieros, no pudiendo realizar en ningún caso contratos de personal, de servicios, etc., para los que no disponga de dotación presupuestaria, sin que previamente exista autorización por esta Entidad.

En el caso de que se produzca alguna modificación durante el presente ejercicio, relativa a la no disponibilidad de créditos, que afecte a este Instituto, dicha modificación será repercutida, en su caso, en la financiación que figura en los anexos que afectan a la Gerencia y Dirección Territorial.

En la financiación de la Gerencia no se encuentran incluidos los presupuestos de docencia (Formación de Personal Sanitario) en Capítulo I de Atención Primaria y en Capítulo I y Capítulo II de Atención Especializada, dado que los mismos se dotan en función de los efectivos en Formación con que cuenta la Gerencia en el ejercicio.

Los Gastos de Personal incluyen la totalidad de las obligaciones de contenido económico que gravitan sobre él, sin que se encuentre incluida la Productividad por Cumplimiento de Objetivos y otros gastos que a tal efecto se puedan determinar.

El presupuesto total de gastos reflejado más adelante para Atención Especializada, Atención Primaria y Dirección Territorial, se considera cerrado, sin perjuicio de los suministros derivados de medicamentos de hepatitis C, cuyas obligaciones serán objeto de seguimiento independiente en el Capítulo II del Contrato de Gestión. Ello implica que si la Gerencia y Dirección Territorial incurrieran en el incremento de los gastos previstos para un capítulo, deberán adoptar las necesarias medidas de gestión para poder asumir dicho incremento con cargo al presupuesto asignado en los Contratos de Gestión.

3. GESTIÓN ADECUADA DE LOS INGRESOS GENERADOS POR LA ENTIDAD

OBJETIVO C	Gestión adecuada de los ingresos generados por la Entidad
-------------------	--

Indicador 1	Control sobre liquidación y recaudación de los ingresos (Disp. adicional 10ª TRLGSS).
Cálculo	Abonos realizados.
Fuente	Cuenta restringida de ingresos.
Estándar	Cobros a terceros fijados para el centro de gasto.

Indicador 2	Control sobre asistencia no financiable con cargo a fondos públicos realizada a no residentes.
Cálculo	Actividad asistencial codificada y/o registrada.
Fuente	Resolución precios públicos Ingresa/CIE-9 / CIE-10.
Estándar	Remisión trimestral de los datos Generados.

Indicador 3	Control de ingresos por tipo de garante.
Cálculo	Información sobre liquidación/ facturación, cobros y deudas pendientes.
Fuente	Servicios periféricos de Ingresa.
Estándar	Remisión mensual de los datos Generados.



La Gerencia potenciará la gestión de los ingresos de recursos financieros derivados de la facturación por servicios prestados a terceros, en todos los supuestos contemplados en la normativa vigente.

La financiación para la compra de bienes y servicios, Capítulo II, incluye la cuantificación del objetivo de ingresos por servicios prestados a terceros y otros en el año 2019.

Con el fin de mejorar los procedimientos de facturación y recaudación de ingresos por servicios prestados a terceros llevados a cabo en esa Gerencia Única para el ejercicio 2019, los centros sanitarios se comprometen a exigir los derechos de cobro respectivos en el momento en el que se realice la codificación de las prestaciones realizadas.

4. RACIONALIZACIÓN Y TRANSPARENCIA EN COMPRA PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

OBJETIVO D	Racionalización y transparencia en compra pública de medicamentos y productos sanitarios.
-------------------	--

Indicador 1	Participación de las Gerencias de Atención sanitaria en los procedimientos de adquisición centralizados a los que se refiere la disposición 27, de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de la LCSP.
Cálculo	Participación en la configuración, especificaciones, estándares a incluir en la documentación contractual de los procedimientos de adquisición centralizada.
Fuente	Participación activa de los profesionales sanitarios en los grupos de trabajo de la Unidad de Aprovisionamiento del Sistema Nacional de Salud.
Estándar	Porcentaje de inhibición respecto a las actuaciones preparatorias iniciadas, inferior al 50%.

Indicador 2	Contratación basadas en los acuerdos marcos centralizados realizada de conformidad con los procedimientos de adquisición centralizados a los que se refiere la disposición adicional 27, de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de la LCSP.
Cálculo	Porcentaje de contratación vinculada a los Acuerdos Marco, en relación a prestaciones sometidas a procedimientos de adquisición centralizada.
Fuente	Información remitida al efecto por los centros a la Unidad de Aprovisionamiento del Sistema Nacional de Salud.
Estándar	100% contratos realizados.

5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERAS Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La Dirección Territorial, así como Gerencia deberán disponer en todo momento de una información actualizada de la actividad desarrollada que afecte a los objetivos relativos a las líneas de actuación económico-financieras y de gestión de recursos humanos.



La Gerencia y la Dirección Territorial se comprometen a remitir, a lo largo del mes de enero del ejercicio siguiente, un informe explicativo y pormenorizado relativo a las líneas de actuación indicadas, especificándose en su caso los motivos que indiquen en cada caso, el incumplimiento de los objetivos marcados.

En cualquier caso en este informe, se deberá indicar la fecha de implementación de las nuevas acciones autorizadas en el Contrato de Gestión, comunicando expresamente aquellas actuaciones que no hayan sido realizadas a lo largo del ejercicio.

El incremento retributivo mensual correspondiente a la actualización monetaria del ejercicio 2019, aprobada por Real Decreto-Ley 24/2018, de 21 de diciembre, será descontado del gasto en el seguimiento del Contrato de Gestión durante dicho ejercicio, en tanto en cuanto no sea actualizada la financiación de la Gerencia o Dirección Territorial con el importe pertinente.

PRODUCTIVIDAD VARIABLE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.

Para proceder a valorar la productividad variable por cumplimiento de objetivo, recogidos éstos en el presente Contrato de Gestión, y que afecten al personal de Atención Primaria, Atención Especializada y personal directivo de los centros sanitarios de INGESA, se estará a lo que se establezca en las Resoluciones dictadas al efecto por la Dirección de este Instituto.

Madrid, a 19 de marzo de 2019.

**EL DIRECTOR DEL INSTITUTO
NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA,**

Alfonso Jiménez Palacios



EL DIRECTOR TERRITORIAL,

Jesús Lopera Flores



**EL GERENTE DE ATENCIÓN SANITARIA
DEL ÁREA ÚNICA,**

Carlos Javier Ramírez Rodrigo.





ANEXOS



**ANEXO A
LÍNEAS TRANSVERSALES A AMBOS NIVELES ASISTENCIALES**

A 1: ESTRATEGIAS DE SALUD (1 de 4)

OBJETIVO COMÚN PARA LAS ESTRATEGIAS: nombrar responsable en el Área Sanitaria de cada una de las Estrategias

Responsable en SSCC: Teresa García Ortiz		OBJETIVO 2019
0. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		Responsable: Director Médico AP
Objetivo 0.1 Intervenciones sobre consejo integral en estilo de vida.		
Indicador 0.1.1 Nº total de actividades sobre promoción de la salud relacionadas con determinantes de la salud en embarazo y lactancia.		Monitorizar
Indicador 0.1.2 Nº total de actividades sobre promoción de la salud relacionadas con determinantes de la salud en población infantil.		Monitorizar
Indicador 0.1.3 Nº total de actividades sobre promoción de la salud relacionadas con determinantes de la salud en población adulta, priorizando dieta y ejercicio físico.		Monitorizar
Objetivo 0.2 Implantar programas de detección y de fragilidad y prevención de caídas en mayores.		
Indicador 0.2.1 Nº total de actividades de formación y divulgación impartidas en AP.		Monitorizar
Objetivo 0.3 Abordar la coordinación con la Ciudad Autónoma, Escuela y Asociaciones de Pacientes.		
Indicador 0.3.1 Creación de Comisión de Coordinación entre los diferentes niveles territoriales y organizativos para la implementación de esta Estrategia		Enviar SGAS
Indicador 0.3.2 Nº total de actividades de formación y divulgación impartidas en AP, Colegios y Asociaciones de Pacientes.		Monitorizar

Responsable en SSCC: Teresa García Ortiz		Responsable Luis Utor Ponce.
1. CUIDADOS PALIATIVOS		
Objetivo 1.1 Implantar el Plan Integral de Cuidados Paliativos en el área Sanitaria.		
Indicador 1.1.1 Identificación en la historia clínica del cuidador principal. Especificar los pacientes NO ONCOLÓGICOS.		Monitorizar
Indicador 1.1.2 Nº de pacientes con valoración inicial registrado en la historia / nº de pacientes total medido en el programa de cuidados paliativos. Especificar los pacientes NO ONCOLÓGICOS.		Monitorizar
Indicador 1.1.3 Envío documentación acreditativa de las sesiones del Comité de Cuidados Paliativos		Enviar SGAS
Objetivo 1.2 Regular el acceso al Registro de Instrucciones Previas en la Ciudad Autónoma		

Responsable en SSCC: M ^a Antonia Blanco Galán		Responsable: Presidente Comisión Tumores
2. CÁNCER		
Objetivo 2.1 Cribado poblacional del cáncer de mama y colon:		
Indicador 2.1.1 % de mujeres de entre 45-69 años a las que se ha realizado mamografía para Screening de Ca de mama en el último bienio .		≥50%
Indicador 2.1.2 Colaborar con la Ciudad Autónoma en el Programa de Cribado de Ca de Colon		Actas de reuniones Comisión Técnica Bipartita y Grupo de Trabajo
Objetivo 2.2 Identificación de individuos/familias con riesgo hereditario de cáncer colorectal o de mama.		
Indicador 2.2.1 Número absoluto de personas vistas en consulta de oncología por padecer Ca de colon o mama susceptibles de ser derivadas para evaluación por sospecha de riesgo hereditario de cáncer.		Monitorizar, indicando nº absoluto de personas de posible riesgo familiar detectadas
Indicador 2.2.2 % de pacientes con Síndrome de cáncer de colon no polipósico y poliposis adenomatosa familiar con seguimiento protocolizado con protocolo específico de la Estrategia de Cáncer del SNS.		Documentar protocolo y nº absoluto de pacientes
Objetivo 2.3 Funcionamiento del Comité de Tumores año actual.		
Indicador 2.3.1 Enviar a la SGAS actas de las reuniones del Comité de Tumores		≥6



A 1: ESTRATEGIAS DE SALUD (2 de 4)

OBJETIVO 2019	
Responsable en SSCC: M ^a Antonia Blanco Galán	
3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	
Responsable (061) J. A. Reyes Parras	
Objetivo 3.1 Reducir la demora desde el inicio de los síntomas del síndrome coronario agudo, hasta la asistencia sanitaria.	
Indicador 3.1.1 Monitorizar: Tiempo de llamada en minutos–respuesta del equipo de urgencias (061)	< 15' (Indicar tiempo en minutos)
Indicador 3.1.2 Monitorizar: Tiempo desde llamada a revascularización con fibrinolíticos: (llamada-aguja)	≤ 90' (Indicar tiempo en minutos)
Indicador 3.1.3 Monitorizar: Tiempo puerta urgencias centro sanitario –aguja.	≤ 30' (Indicar tiempo en minutos)
Objetivo 3.2 Asistencia “in situ” con capacidad de desfibrilar y transporte rápido al hospital con personal y equipamiento adecuado.	
Indicador 3.2.1. Monitorizar tiempo hasta la desfibrilación (estándar 8 minutos)	Indicar tiempo en minutos
Objetivo 3.3 Sistema de clasificación por gravedad del paciente usado en el Servicio de Urgencias del Hospital.	
Indicador 3.3.1 Monitorizar: Tiempo en minutos para clasificación del paciente por gravedad, primer ECG de 12 derivaciones y la estratificación inicial .	10' (Indicar tiempo en minutos)
Objetivo 3.4 Atención coordinada al Síndrome Coronario Agudo(SCA) por los distintos dispositivos asistenciales del Área Sanitaria.	
Indicador 3.4.1 % de pacientes donde conste en su H.C. que se ha aplicado la Vía IAM	100%
Indicador 3.4.2 Nº de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación de ST (de alto riesgo) dónde se realiza cateterismo cardíaco en las primeras 48 horas en Centro Referencia.	Adjuntar Informe de derivaciones Ad Hoc

OBJETIVO 2019	
Responsable en SSCC: Teresa García Ortiz	
4. DIABETES	
Responsable en el Área: Ricardo Ortega	
Objetivo 4.1.- Disminuir la Prevalencia de la Diabetes en el Área Sanitaria hasta la media del SNS.	
Indicador 4.1.1.- Establecer en las consultas de AP un programa de intervención para la prevención y control de la obesidad.	Enviar a Sub.GAS
Objetivo 4.2 Establecer en el Área Sanitaria un Programa de Detección Precoz.	
Indicador 4.2.1.- Cobertura del cribado en personas mayores de 45 años (Nº de personas > 45 años a las que se les ha realizado determinación de glucosa en ayunas/Nº total de personas > 45 años. En % y desagregación por sexos). Debe constar en la H.C. su realización en un periodo previo de tres años.	Monitorizar
Objetivo 4.3.- Mejorar el control de los pacientes diabéticos en AP.	
Indicador 4.3.1.- Obtener una Tasa de hospitalización por diabetes mellitus ≤ a la media del SNS (4,8/100.000).	Monitorizar CMBD
Indicador 4.3.2.- Obtener una Tasa de muerte prematura por diabetes mellitus ≤ a la media del SNS	ENS: 3,2/100.000

OBJETIVO 2019	
Responsable en SSCC: Teresa García Ortiz	
5. SALUD MENTAL	
Responsable Alberto Fuentes Garrido	
Objetivo 5.1 Monitorizar un Protocolo Conjunto entre AP y AE para el abordaje de trastornos de ansiedad y depresión.	
Indicador 5.1.1 Envío de actas de reuniones conjuntas entre AP y AE ante trastornos de ansiedad y depresión.	Monitorizar
Objetivo 5.2 Elaboración de criterios de derivación consensuados entre AP y AE	
Indicador 5.2.1 Documentar los criterios de derivación de pacientes.	Monitorizar
Objetivo 5.3 Morbilidad psiquiátrica en el área	
Indicador 5.3.1 % de Reingresos psiquiátricos.	Monitorizar
Indicador 5.3.2 Nº de pacientes atendidos por anorexia, t. bipolares, esquizofrenia y depresión mayor, en hospitalización y en consultas externas.	Monitorizar



A 1: ESTRATEGIAS DE SALUD (3 de 4)

OBJETIVO 2019	
Responsable en SSCC: María Antonia Blanco Galán	Responsable: Rafael Merino de Torres
6. ICTUS	
Objetivo 6.1 Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes	
Indicador 6.1.1 Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento fibrinolítico antes de las 3 horas desde el inicio de síntomas.	Monitorizar

Responsable en SSCC: Teresa García Ortiz	Responsable	Pilar Jiménez Escobar
7. EPOC		
Objetivo 7.1 Elaboración del programa de deshabituación tabáquica, dirigido a profesionales y pacientes.		
Indicador 7.1.1 Documentar el programa de deshabituación tabáquica vigente en profesionales y en pacientes.		Monitorizar
Indicador 7.1.2 Nº de personas atendidas en el programa de deshabituación tabáquica, desglosado por actividades, profesionales, pacientes, y todos por sexo.		Monitorizar
Objetivo 7.2 Elaboración de procedimiento de coordinación efectiva entre AP y AE para el manejo del paciente con EPOC y Asma		
Indicador 7.2.1 Documentar el procedimiento de coordinación entre AP y AE.		Monitorizar

	OBJETIVO 2019	OBSERVACIONES INGRESA
Responsable en SSCC: Asunción Ruiz de la Sierra	Responsable Luciano Rodríguez Díaz	
8. SALUD PERINATAL: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y PARTO NORMAL		
Obejtivo 8.1 Estrategia de Atención al Parto Normal.		
Obejtivo 8.1.1 Incrementar líneas de Atención al parto de baja intervención		
Indicador 8.1.1.1 % de partos con episiotomía desagregado por mujeres residentes y no residentes.	<15%	La episiotomía rutinaria es una práctica desaconsejada por la OMS
Indicador 8.1.1.2 % de partos con aplicación de oxitocina desagregado por mujeres residentes y no residentes.	<30%	La administración sistemática de oxitocina sin indicación específica no es una práctica recomendada
Indicador 8.1.1.3: información y oferta de los diferentes métodos de alivio del dolor de parto tanto de métodos no farmacológicos como por analgesia sistémica o neuroaxial a todas las mujeres que entren en protocolo	100%	El acceso a la anestesia epidural es un derecho pero no debe considerarse imprescindible su aplicación a todas las mujeres para una buena atención y sí ofrecer otras alternativas para el alivio del dolor y potenciar las acciones que favorecen la secreción de analgésicos endógenos por la mujer
Indicador 8.1.1.4: % de partos instrumentales desagregado por mujeres residentes y no residentes.	<8%	El parto instrumentado supone un mayor riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el RN.
Indicador 8.1.1.5: % de partos vaginales en los que se ha mantenido la posición de "litotomía" durante todo el expulsivo,desagregado por mujeres residentes y no residentes.	<40%	Informar a la mujer de las distintas posiciones que puede adoptar durante el expulsivo y facilitar la deambulación
Obejtivo 8.1.2 Proporcionar a la mujer gestante entorno favorable a su intimidad		
Indicador 8.1.2.1 Documentar protocolos actualizados de acuerdo a la Estrategia del Parto Normal en el SNS, con inclusión específica de atención a la multiculturalidad y discapacidad.	Anexionar en PDF a la HCIS. Monitorizar 100%	Se aconseja disponer de información por escrito accesible para todas las mujeres y profesionales acerca de las prácticas y protocolo de atención al parto y nacimiento del centro
Indicador 8.1.2.2 Ofertar el "Plan de Parto" que incluye las recomendaciones de la Estrategia Nacional, a todas las mujeres entre la 28-32 semanas de gestación.	100%	Facilitar a las mujeres la expresión de sus preferencias para el parto y la elección entre las diversas alternativas existentes mediante la elaboración de "Planes de parto".
Indicador 8.1.2.3 Ofertar a todas las mujeres la elección de la persona que la acompañe desde las etapas más tempranas del parto, y en todo el proceso	100%	Facilitar a las mujeres acceso sin restricciones a un apoyo emocional y físico continuo durante todo el proceso del parto y nacimiento, mediante la compañía de la persona o personas elegidas por ellas
Indicador 8.1.2.4 realizar a todas las mujeres el contacto precoz piel con piel, en las condiciones específicas del protocolo.	>70%	Estimular el método madre-canguro, contacto precoz piel con piel con madres y padres
Obejtivo 8.1.3 Promoción de la lactancia materna.		
Indicador 8.1.3.1 % de madres que realizan lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, desagregado por madres residentes y no residentes	>80%	La lactancia materna exclusiva es la mejor alternativa nutricional para el RN salvo justificación clínica que la contraindique
Obejtivo 8.2 Estrategia de Salud sexual y reproductiva		
Indicador 8.2.1 Documentar protocolos actualizados de acuerdo a esta estrategia.	adjuntar anexos	Incorporar la salud sexual a los protocolos, guías o a cualquier instrumento de mejora de la práctica asistencial y de cuidados de las personas con enfermedades crónicas;protocolos para la provisión y manejo de métodos anticonceptivos;educación para la salud etc.
Indicador 8.2.2 Incluir en la entrevista clínica de AP y AE aspectos relacionados con la salud sexual acordes con los objetivos de la Estrategia: biografía, opciones anticonceptivas, control de ITS, y violencia sexual	100%	Promover una atención a la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales,basada en la calidad, equidad y enfoque de género, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad



A 1: ESTRATEGIAS DE SALUD (4 de 4)

		OBJETIVO 2019
Responsable en SSCC: M^a Antonia Blanco Galán		Responsable: Jefe de la USYR : J. López Barba
9. SEGURIDAD DEL PACIENTE		
Obejtivo 9.1 Disminuir los Efectos Adversos en la Atención Sanitaria:		
Objetivo 9.1.1 Prevención de la Infección asociada a la atención sanitaria: vigilancia de IRAS con estudios de Prevalencia (EPINE).		Responsable: J.Dominguez
Indicador 9.1.1.1 Tasa Gobal de Prevalencia de Infección Hospitalaria:		≤7%
Indicador 9.1.1.2 Tasa de Infección Urinaria asociada a catéter vesical (Prevalencia)		≤2%
Indicador 9.1.1.3 Tasa de Infección Herida quirúrgica en Cirugía Limpia (Prevalencia)		≤3%
Indicador 9.1.1.4 Prevalencia de TBC nosocomial (adquirida en el Hospital)		0%
Indicador 9.1.1.5 Comparar nuestros resultados con EPINE (Hospitales similares)		Enviar documento SGAS
Objetivo 9.1.2 Prevención de la Infección asociada a la atención sanitaria: vigilancia de IRAS con estudios de Incidencia (INCLIMECC ó similar).		Responsable: J. Dominguez
Indicador 9.1.2.1 Tasa Global de Incidencia de Infección Hospitalaria:		≤6%
Indicador 9.1.2.2 Tasa de Infección Urinaria asociada a catéter vesical (Incidencia)		≤2%
Indicador 9.1.2.3 Tasa de Infección Herida quirúrgica en Cirugía Limpia (Incidencia)		≤3%
Indicador 9.1.2.4 Tasa de Bacteriemia asociada a catéter IV en UCI (BRC)		≤3 BRC / 1000 DÍAS DE CVC
Indicador 9.1.2.5 tasa de Infección Respiratoria asociada a ventilación mecánica (NAVM densidad de incidencia)		≤6 NAVM/1000 días ventilación mecánica
Indicador 9.1.2.6 UPP solo incidencia		≤2%
Indicador 9.1.2.7 Comparar nuestros resultados con datos nacionales incidencia		Enviar documento a SGAS
Obejtivo 9.1.3 Mejorar la implantación de los " 5 momentos OMS" de higiene manos		USYR
Indicador 9.1.3.1 Documentar % de implantación de cada uno de ellos		Enviar SGAS
Obejtivo 9.1.4 Notificación, estudio, y propuesta de medidas correctoras, de los efectos adversos más prevalentes en el Área Sanitaria mediante SiNASP.		USYR
Indicador 9.1.4.1 Documentar nº y tipo de efectos adversos notificados.		Enviar SGAS
Indicador 9.1.4.2 % de efectos adversos notificados en los que se han aplicado medidas correctoras.		Enviar SGAS
Objetivo 9.1.5 Identificación inequívoca de los pacientes:		USYR
Indicador 9.1.5.1 % de pacientes hospitalizados que portan la pulsera identificativa.		100%
Indicador 9.1.5.2 % de pacientes en urgencias que portan la pulsera identificativa.		100%
Indicador 9.1.5.3 % de pacientes en CMA que portan la pulsera identificativa.		100%
Indicador 9.1.5.4 % de Recién Nacidos que portan la pulsera identificativa madre-hijo.		100%
Obejtivo 9.2 Implantación de buenas prácticas en la asistencia sanitaria.		USYR
Indicador 9.2.1 % de cirugías en órgano doble donde se señala el sitio de la cirugía.		100%
Indicador 9.2.2. Documentar participación de la UCI en el proyecto "Resistencia Zero" del MSCBS.		Informe Servicio UCI. Enviar SGAS
Indicador 9.2.3 % de pacientes quirúrgicos donde se ha realizados la profilaxis antibiótica adecuada según el protocolo de la C. Infecciones del hospital.(Se valora adecuada el no poner antibióticos si así está indicado en protocolo)		>80%
Indicador 9.2.4 % de bloques quirúrgicos que tienen implantada la LVSQ.		100%
Indicador 9.2.5 % de actos quirúrgicos en los que se ha realizado en el quirófano LVSQ.		>80%
Indicador 9.2.6 Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados.		0%
Indicador 9.2.7 Documentar la puesta en marcha del Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) del Programa Nacional para el Control de Resistentecias a Antibióticos (PRAN)		Actas Reuniones
Indicador 9.2.8 Documentar actividades de la Comisión de INGESA- C.Autónoma para Programa VIRAS		Actas Reuniones



A 2: LÍNEAS TRANSVERSALES EN TODOS LOS PROGRAMAS (1 de 2)

OBJETIVO 2019	
Responsable en SSCC: Juan Álvarez Orejón	Responsable Inmaculada Rocher Torres
EQUIDAD	
Objetivo 1. Implantar medidas para asegurar la accesibilidad en las mismas condiciones para toda la población.	
Indicador 1.1 Nº de consultas hospitalarias donde la cita para revisión se da en la propia consulta.	Monitorizar
Responsable en SSCC: Asunción Ruiz de la Sierra	
PERSPECTIVA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DE GÉNERO	
Responsable Carmen Ruiz Rodríguez	
Objetivo 1 Incorporar la perspectiva de género en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de los programas/procesos de Atención Primaria.	
Indicador 1.1 Nº de programas/procesos en los que se ha tenido en cuenta la perspectiva de género y el impacto de género	100%
Indicador 1.2. Dar los indicadores de los resultados de salud y datos estadístico de los programas de salud del área desagregados por sexos.	100%
Objetivo 2 Desarrollar planes de detección de riesgo de violencia de género en la atención de los Servicios Sanitarios.	
Indicador 2.1 Documentar, seguir y actualizar en su caso, el protocolo de detección de VG y la actuación sanitaria ante VG	Enviar SGAS
Indicador 2.2 % de pacientes que consta en su historia clínica la existencia de VG y se ha aplicado el protocolo de actuación ante VG	100%
Objetivo 3. Elaborar y difundir información de utilidad para promover la atención a la salud con enfoque multicultural, para los grupos más vulnerables, en particular para la población inmigrante y con discapacidad o limitaciones en la autonomía personal	
Indicador 3.1 Nº de actividades formativas impartidas en el año actual de sensibilización, prevención y detección de la violencia de género, que contemplen las desigualdades sociales, discapacidad, inmigración y exclusión.	Enviar SGAS
Responsable en SSCC: Teresa Garcia Ortiz	
CONTINUIDAD ASISTENCIAL	
Responsable Juan Hidalgo Zorpa	
Objetivo 1. Establecer el procedimiento y circuito de monitorización del alta hospitalaria a los médicos de familia.	
Indicador 1.1 Remitir a la S.G.A.S. el procedimiento y circuito	Enviar SGAS
Objetivo 2. Continuar con el programa de cuidados al alta hospitalaria	
Indicador 2.1 % de altas comunicadas a AP / total de altas hospitalarias	81,00%
Indicador 2.2 % de pacientes contactados en menos de 48 horas / total de altas comunicadas por el hospital a AP	81,50%
Indicador 2.3 % de pacientes con seguimiento y tratamiento protocolizado según el plan de cuidados recogido en el informe de alta	92,50%
Objetivo 3. Formar grupos de trabajo de profesionales tanto de AP como de AE para establecer los procesos y circuitos del Área Sanitaria que deberán desarrollarse progresivamente.	
Indicador 3.1 Documentar las personas que forman los grupos de trabajo, y el calendario de reuniones con las conclusiones trimestrales.	Enviar SGAS
Objetivo 4. Evaluar la cumplimentación del parte interconsulta	
Indicador 4.1 Nº de partes interconsultas correctamente cumplimentados.	Auditar



A 2: LÍNEAS TRANSVERSALES EN TODOS LOS PROGRAMAS (2 de 2)

OBJETIVO 2019	
Responsable en SSCC: M ^a Antonia Blanco Galán y Jose María Vinagre	
Responsable Jesús Santiago Toscano	
UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS / TERAPÉUTICAS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	
Objetivo 1. Utilización de la alta tecnología en base a la evidencia científica disponible	
Indicador 1.1 Enviar a Subd. Gral. de At. Sanitaria, los trámites que se siguen en el área sanitaria para la petición de nuevas técnicas diagnósticas y/o terapéuticas.	Enviar Documento SGAS
Indicador 1.2 % DE Nuevas Técnicas Diagnósticas y / Terapéuticas donde se ha solicitado Informe de la Comisión de Tecnologías y Adecuación de Técnicas DT	Enviar Relación SGAS
Indicador 1.3 % de pacientes con terapias respiratorias a domicilio según protocolo.	100%
Indicador 1.4 % de pacientes a los que se ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a las recomendaciones de la Circular 4/2000 del INSALUD.	100%
Objetivo 2. Consolidar la Diálisis Peritoneal.	
Indicador 2.1 Nº de pacientes en Diálisis peritoneal.	INDICAR
Objetivo 3. Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el día a día de la atención sanitaria: HC digital, digitalización de imágenes diagnósticas en todo el Área Sanitaria, telemedicina, teleformación y comunicación a pacientes y profesional	
Objetivo 3.1 Incorporar en la HC del Hospital el CIP del paciente proveniente de TSI	
Indicador 3.1.1 % de HC abiertas en el año actual en el Hospital que incorporan el CIP (si lo tienen)	100%
Objetivo 3.2 Citación para consulta de revisión de atención especializada en la propia consulta.	
Indicador 3.2.1 % de consultas para revisión hechas on line en la propia consulta	100%
Objetivo 3.3 Realizar los informes clínicos en formato electrónico en los servicios de urgencias y hospital de día y hospitalización.	
Indicador 3.3.1 Nº de informes realizados en formato electrónico durante el año actual en dichos servicios.	100%



Responsable en SSCC: M Dolores Vaquero García		Responsable		Responsable				
A 3: GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA		Juan Carlos García de Paredes		Claudia García Jimenez				
		OBJETIVO 2019				OBJETIVO 2018		
		ATENCIÓN PRIMARIA				ATENCIÓN ESPECIALIZADA		
OBJETIVO 1. AUMENTAR EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DE RECETA MÉDICA								
Objetivo intermedio 1. Potenciar el uso racional de los medicamentos en la prescripción de receta médica								
1.1.1. Indicadores de calidad de prescripción								
Indicador 1.1.1.1	% Consumo Envases de Prescripciones Principio Activo / Total Envases (% env PA /tot)	70				50		
Indicador 1.1.1.2	%DDD insulinas intermedias +bifasicas/Total DDDinsulinas A10A excluidas rápidasA10B	23				23		
Indicador 1.1.1.3	%DDD metformina+gliclazida+glimepirida+glipizida+repaglinida/Total DDDAntidiabeticos orales A10B	55				35		
Indicador 1.1.1.4	%DDD atorvastatina+pravastatina+simvastatina/Total DDDagentes modificadores de los lípidos C10	65				50		
Indicador 1.1.1.5	%DDD risperidona/Total DDD otros antipsicóticos N05AX	26				20		
Indicador 1.1.1.6	% DDD morfina + parches transdermicos fentanilo/total DDD opioides mayores(buprenorfina+morfina+hidromorfona + fentanilo + oxicodona + petidina)	47				50		
Indicador 1.1.1.7	%DDD omeprazol/total DDD inhibidores bomba protones A02BC	85				80		
Indicador 1.1.1.8	% DDD antihipertensivos C09A+C09B/total DDD C09	40				40		
Indicador 1.1.1.9	% DDD inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/ Total DDD antidepressivos de 2ª generación	62				65		
1.1.2 Indicadores cuantitativos de la prescripción.								
		Recinto		Otero		Tarajal		
		M.G.	Pediatría	M.G.	Pediatría	M.G.	Pediatría	
1.1.2.1	IPPaj= importe por persona ajustado	20,19	3,65	19,72	3,04	15,88	3,00	1,7
1.1.2.2	RPPaj= Nº de recetas por persona ajustado	1,44	0,29	1,39	0,30	1,11	0,36	0,05
1.1.2.3	I/Raj= Importe € por receta ajustado	13,97	12,55	14,20	10,13	14,25	8,36	28
1.1.3. Indicadores de selección e información de medicamentos en AP								
Indicador 1.1.3.1	Reuniones de la Comisión Territorial de Seguimiento de la Prestación Farmacéutica	6						
Indicador 1.1.3.2	Sesiones Farmacoterapéuticas	12						
Indicador 1.1.3.3	Boletines y/o Hojas evaluación Farmacoterapéuticos	3						
Objetivo intermedio 2. Extender la receta electrónica en consultas externas								
Indicador 1.2.1	% envases en recetas electrónicas en A.E / total					50%		
Objetivo intermedio 3. Realizar actuaciones para el control y seguimiento de la prestación farmacéutica								
Indicador 1.3.1	Entrevistas personales anuales	30				15		
Indicador 1.3.2	Remisión mensual a los profesionales de su perfil de prescripción	100%				100%		
Indicador 1.3.3	% Pacientes polimedicados revisados	100%						
Indicador 1.3.4	Protocolos conjuntos APy AE manejo terapéutico de subgrupos de alto impacto	2						
Indicador 1.3.5	Reuniones Comision Mixta Provincial	10						
OBJETIVO 2. MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS								
Indicador 2.1	% gasto compras genericos/ total compras					4,00%		
Indicador 2.2	% gasto compras biosimilares / total compras					1,80%		
Indicador 2.3	% adquisición medicamentos de lotes de AM de compra centralizada					60%		
OBJETIVO 3. MEJORAR LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA								
Indicador 3.1.1	Reuniones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica					6		
Indicador 3.1.2	Elaboración de informes/estudios de utilización y consumo de medicamentos					6		
Indicador 3.1.3	Actualización de la Guía Farmacoterapéutica bajo criterios de eficacia, seguridad, coste y necesidad					Anual		



Responsable en SSCC: Juan Álvarez Orejón A 4: SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Responsable: Director Médico AE / Subdtor. Médico AE
--	---

OBJETIVO 2019	
Objetivo 1. Obtener y remitir a la Subd. At. Sanitaria la información requerida para la evaluación y seguimiento de la organización, gestión y actividad, principalmente aquella a la que hace referencia la Circular 3/2001 del INSALUD. La información ha de ser completa, fiable y se enviará con la periodicidad establecida.	
Indicador 1.1 Remisión mensual a dicha Subd. y en plazo de la información de A.Primaria	Enviar SGAS
Indicador 1.2 Remisión mensual a dicha Subd.y en plazo de la información de Incapacidad Temporal	Enviar SGAS
Indicador 1.3 Remisión mensual a dicha Subd.y en plazo de la información de Prestación Farmacéutica	Enviar SGAS
Indicador 1.4 Remisión trimestral a dicha Subd.y en plazo de la información de CMBD (hospitalización y ambulatorio)	Enviar SGAS
Indicador 1.5 Remisión mensual a dicha Subd.y en plazo de la información de L.E (quirúrgica, CEX y procedimientos diagnósticos y terapéuticos)	Enviar SGAS
Indicador 1.6 Remisión mensual a dicha Subd.y en plazo de la información de SIAE .	Enviar SGAS
Objetivo 2. Obtener y remitir a la Subd. At. Sanitaria determinada información no incluida en la referida circular.	
Indicador 2.1 Remisión, a dicha Subd., de una copia de la información que se envíe a la Consejería de Sanidad de la Ciudad Autónoma en relación a EDO	Enviar SGAS
Indicador 2.2 Remisión, a dicha Subd., de una copia del cuestionario SIAE (ESCRI) que se envíe a la Consejería de Sanidad de la Ciudad Autónoma o al Ministerio.	Enviar SGAS
Indicador 2.3 Remisión, en el mismo momento que a la Consejería de la Ciudad Autónoma de la información de "efectos del calor"	Enviar SGAS
Indicador 2.4 Remisión trimestral a dicha Subd.y en plazo de la información correspondiente al Gasto Farmacéutico Hospitalario.	Enviar SGAS
Indicador 2.5 Remisión mensual a dicha Subd dela información correspondiente a pacientes derivados a otras CCAA, obtenida a partir de SIFCO.	Enviar SGAS

Responsable en SSCC: Juan Álvarez Orejón A 5: GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	Responsable Ana Álvarez Doña
---	---

OBJETIVO 2019	
Objetivo 1. Cumplimiento de los objetivos fijados en el Convenio de IT 2017-2020 firmado con el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (INSS).	
Indicador 1.1. Duración Media por Asegurado (DMA) del total de trabajadores	0,55
Indicador 1.2. Prevalencia de las Bajas (PB) del total de trabajadores	2
Objetivo 2. Reducción del absentismo laboral en los centros propios del INGESA.	
Indicador 2.1. Duración Media por Asegurado (DMA) de las bajas personal propio	0,9
Indicador 2.2 Prevalencia de las Bajas del personal propio.	3,2



Responsable en SSCC: M ^a Antonia Blanco Galán	Responsable DIRECTOR MÉDICO
A 6: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	

OBJETIVO 2019	
Objetivo 1. Formación en las líneas estratégicas del Contrato de Gestión.	
Indicador 1.1 Que los trabajadores con trato directo al paciente accedan a una actividad formativa específica en habilidades en el trato y la información a pacientes.	Informe N° Absoluto de asistentes desglosado por unidades
Objetivo 2. Adecuar los conocimientos y habilidades a las nuevas tareas, metodologías y responsabilidades.	
Indicador 2.1 Que todos los profesionales propongan a la Dirección al menos una actividad formativa destinada actualización de los conocimientos y aptitudes de sus categorías profesionales, y de capacitación necesaria para su desarrollo profesional.	Informe necesidades formativas a tres años desglosado por unidades
Indicador 2.2 Que todos los profesionales participen en actividades formativas impartidas sobre: prevención y control de diabetes, violencia de género, Seguridad del Paciente, Antibióticos(PROA).	Informe N° Absoluto de asistentes desglosado por unidades
Objetivo 3. Participación en actividades docentes e investigadoras para los MIR y EIR.	
Indicador 3.1 Que el 100% de MIR y EIR asistan a las actividades formativas del Plan de Formación continua y/o continuada del INGESA	Monitorizar desagregado por MIR y EIR
Indicador 3.2 . Número de proyectos de investigación en marcha en el área Sanitaria y Número absoluto de MIR , EIR y resto de Profesionales que participan en proyectos de investigación, tanto dentro del Área Sanitaria como en colaboración con otras instituciones y/o CCAA.	Monitorizar desagregado por N° de Proyectos, y por N° de MIR ,EIR y por Unidades
Objetivo 4. Establecer Calendario de Sesiones(clínicas, bibliográficas, organizativas.etc.)por Unidad/Servicio en Hospital y AP, incluyendo Conjuntas de Área.	
Al menos 3/semana/Unidad	

Responsable en SSCC: M ^a Antonia Blanco Galán	Responsable GERENTE
A 7: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN CLÍNICA	

OBJETIVO 2019	
Objetivo 1 Aumentar la participación de los profesionales en la consecución de los objetivos del contrato de gestión.	
Indicador 1.1 Pactar y evaluar al menos dos objetivos en cada una de las Comisiones Clínicas, relacionados con las líneas estratégicas de la calidad de la asistencia sanitaria del contrato de gestión.	Enviar SGAS
Indicador 1.2 Documentar calendario de reuniones de los directivos con los jefes de servicio/unidad, para dar a conocer contrato de gestión y pactar los objetivos correspondientes.	Enviar calendario y pactos a SGAS
Indicador 1.3 N° de Servicios/Unidades con Pacto de Objetivos en el primer semestre del año. Enviar pactos SGAS en el primer semestre del año.	100%
Objetivo 2 Mejorar la comunicación interna en el área sanitaria.	
Indicador 2.1 Número de reuniones de los jefes de servicio/unidad con todos los trabajadores de su servicio/unidad, para establecer y pactar los objetivos anuales.	≥3
Indicador 2.2 EVALUAR AL FINAL DEL AÑO los objetivos pactados entre la Dirección y los jefes de servicio/unidad, y de estos con los trabajadores de los mismos, con informes del seguimiento de los Indicadores del Contrato de Gestión en cada servicio/unidad	Enviar SGAS
Objetivo .3 Mejorar el funcionamiento de los circuitos asistenciales del área sanitaria: progresiva implantación de la Gestión por Procesos	
Indicador 3.1 Trabajar conjuntamente entre AP y AE proceso de diabetes.	Enviar SGAS
Indicador 3.2 Trabajar conjuntamente entre AP y AE proceso de Insuficiencia Cardiaca Congestiva.	Enviar SGAS



Responsable en SSSC: M^a Antonia Blanco Galán A 8: CALIDAD DE LOS RESULTADOS EN ATENCIÓN SANITARIA	Responsable GERENTE
---	----------------------------

	OBJETIVO 2019
Objetivo 1. Indicadores de calidad del Bloque Quirúrgico.	Gerente
Indicador 1.1 % Intervenciones Quirúrgicas Programadas Suspendidas	<2,5%(<7% Estructurales)
Indicador 1.2 Estancia Media preoperatoria (CMBD).	<1 programada <2 urgente
Indicador 1.3 Mortalidad intraoperatoria por 100 altas	0%
Indicador 1.4 Rendimiento del bloque quirúrgico: % Sumatorio Tiempos quirúrgicos / horas de quirófano disponible.	>70%
Objetivo 2. Resultados clave en prestaciones sanitarias	Inmaculada Rocher
Indicador 2.1 Tasa de mortalidad perinatal en recién nacidos vivos, desglosando de madres controladas por INGESA y no controladas. (Por 1.000 nacidos vivos).	<2/1000 RNV
Indicador 2.2 % de reingresos urgentes en la misma CDM en los primeros 30 días tras el alta.	<2%
Indicador 2.3 Tasas de Mortalidad Intrahospitalaria global	<4%
2.3.1 Mortalidad post Intervención Quirúrgica (Global).	0% programada ≤3% urgente
2.3.2 Mortalidad tras fractura de cadera.	0
2.3.3 Mortalidad intrahospitalaria postinfarto.	< 6%
2.3.4 Mortalidad intrahospitalaria por ICC.	<5%
2.3.5 Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia intestinal.	<4%
2.3.6 Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con neumonía.	<5%
2.3.7 Tasa de mortalidad intrahospitalaria en procesos agudos en <65 años(en Códigos CMBD: 493,540-543, 550-553, 574.575, 640-676,760-779)	<2%
Indicador 2.4 Tasa de amputaciones del miembro inferior (cualquier amputación) por 1000 personas diabéticas incluidas en Programa de AP (CMBD códigos 84.10 a 84.17 y 250 como código principal o secundario).	<1 / 1000 diabéticos
Indicador 2.5 % de Reingresos Global (separar % con y sin Obstetricia):	< 7%
2.5.1 % Reingreso Urgente tras cirugía programada.	< 3%
2.5.2 % Reingreso Postinfarto (diferenciar los atendidos integramento por nosotros de los derivados a Andalucía)	<9%
2.5.3 % Reingreso Urgente post asma.	<9%
Indicador 2.6 % de Emergencias del 061 con tiempo de llamada/llegada < de 15 minutos	100%
Objetivo 3. Calidad Percibida	Gerente
Indicador 3.1 % de Reclamaciones contestadas en 30 días.	100%
Indicador 3.2 % de pacientes satisfechos con el "trato personal recibido "en AP.	>90%
Indicador 3.3 % de pacientes satisfechos con el "trato personal recibido "en AE.	>85%
Indicador 3.4 Índice sintético de satisfacción de los usuarios en AP (encuestas).	>85%
Indicador 3.5 % de pacientes que esperan más de tres horas hasta su atención (una vez hecho el triaje) en el Servicio de Urgencias en el Hospital.	1%
Indicador 3.6 % de Historias Clínicas que incluyen el CI (procesos/procedimientos establecidos: herniorrafia inguinal y/o crural; legrado; amigdalectomía; prótesis de cadera; cataratas, resección transuretral; TC abdominal con contraste; cirugía menor ambulatoria en AP).	100%

(*) Media del SNS



ANEXO I CEUTA POBLACIÓN

Población total T.S.I. (01-01-2019)

76.980

Distribución Población por grupos de edad

0-2 años	3-6 años	7-13 años	14-64 años	65-74 años	>= 75 años
2.597	4.023	7.936	53.641	4.509	4.274

Distribución población T.S.I. según tramos Cartera de Servicios (*)

0-11 meses ajustada	0-23 meses ajustada	2-5 Años	6-14 años	Total <= 14 años ajustada	Población total ajustada
914	1.828	3.919	10.072	15.819	77.134
Total > 14 años	=> 65 años	Menores de 65 años Ajustada	>74 años	Total 15 a 19 años	Total > 40
61.315	8.783	68.351	4.274	5.342	34.078

Mujeres

15 - 34 años	15 - 49 años	35-64 años	> 49 años	50-59 años	50-64 años
10.136	19.489	16.895	12.558	5.513	7.542

Distribución población T.S.I. según aportación de Farmacia

FARMACIA CON APORTACIÓN					MUTUALISTAS
TSI 001 (Exentos)	TSI 002 (10%)	TSI 003 (40%)	TSI 004 (50%)	TSI 005 (60%)	TSI 006
10.374	10.575	39.594	14.651	438	525
SITUACIONES ESPECIALES (40% aportación)			CONVENIO	TOTAL (**)	
F 003	F 004	NOFAR		76.448	
816	0	7			

Población a efectos de I.T. (28-12-2018)

22.913

(*) La población "Ajustada" de los tramos de 0 -12 meses, de 0 - 23 meses, menores de 14 años y población total de la distribución de Cartera de Servicios incluyen la estimación de recién nacidos que aún no tienen T.S.I.

(**) La población para farmacia es la total menos los usuarios (525) de mutualidades con T.S.I. y convenio (7).

**B2: ATENCIÓN PRIMARIA (1 de 3)**

Objetivo B2.1 Cartera de Servicios.- Coberturas / Normas Técnicas y Programas que sustentan la Cartera		OBJETIVO 2019		
		Objetivo 2017	(C)=Num./ Casos Esperados (%)	Resultado por Servicio (C) x (VT)
Código	Nombre del Servicio			
100	Consulta Niños	11.247	95,7	143,6
101	Vacunaciones	14.221	90,8	136,2
102	Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	2.886	172,4	431,1
103	Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	2.659	67,9	101,8
104	Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	6.797	67,5	135,0
105	Educación para la Salud en Centros Educativos	23	100,0	300,0
106	Prevención de la caries infantil	10.241	101,7	305,0
200	Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	1.040	113,8	170,7
201	Seguimiento de la Mujer Embarazada	844	123,1	369,2
202	Preparación al Parto	670	73,4	146,7
203	Visita en el primer mes de postparto	649	71,0	106,5
204	Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	4.649	23,9	83,5
205	Vacunación de la Rubéola	2.233	22,0	22,0
206	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	11.302	66,9	200,7
207	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	2.280	18,2	27,2
208	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	2.491	20,9	52,4
209	Atención a la Mujer en el Climaterio	841	15,2	38,1
300	Consulta Adultos	8.208	22,3	78,1
301	Vacunación de la Gripe			
	- Mayores o igual a 65 años	2.098	23,9	23,9
	- Menores de 65 años	2.066	20,2	20,2
302	Vacunación del Tétanos	1.627	2,7	9,3
303	Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	598	38,8	58,2
304	Prevención de enfermedades cardiovasculares	13.500	22,0	66,1
305	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	5.400	44,0	352,3
306	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	4.500	122,3	672,8
307	Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	717	30,1	135,3
308	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	2.005	27,3	95,4
309	Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	2.600	21,2	116,6
310	Atención a Pacientes con VIH - SIDA	18	9,9	29,7
311	Educación a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabéticos	1.139	31,0	139,4
312	Educación para la Salud a Otros Grupos	1.165	9,5	71,2
313	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	1.435	148,5	594,2
314	Atención a Pacientes Terminales	78	50,7	152,0
315	Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	27	0,4	1,6
316	Prevención y Detección de Problemas en el Anciano	2.017	47,2	141,6
317	Cirugía Menor	134	12,9	57,9
318	Atención al Joven	145	2,7	9,5
	Tabaquismo			
400	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	3.070	221,5	996,9
401	Tratamientos Psicoterapéuticos			
				6.592
				11.850
				55,63

Población TSI a 1 de enero de 2019



B2: ATENCIÓN PRIMARIA (2 DE 3)

**OBJETIVO
2019**

Objetivo B2.2. Pacto de solicitud de interconsultas y pruebas diagnósticas (*)

B2.2.1 INTERCONSULTAS

Indicador B2.2.1.1 Área Médica	13.123
Cardiología	1.014
Dermatología	3.065
Digestivo	1.107
Endocrinología	1.027
Oncología	77
Hematología	339
Medicina Interna	308
Nefrología	280
Neumología	925
Neurología	1.431
Psiquiatría	1.771
Reumatología	1.779
Indicador B2.2.1.2 Área Quirúrgica	16.634
Cirugía General	2.126
Urología	1.105
Traumatología	4.606
Otorrinolaringología	2.474
Oftalmología: Diagnóstica	3.594
Ginecología: Diagnóstica	2.602
Anestesia	127
Indicador B2.2.1.3 Área Obstétrica	1.159
Indicador B2.2.1.4 Laboratorio	38.592
Indicador B2.2.1.5 Radiodiagnóstico	10.851
Indicador B2.2.1.6 Otros	5.984
Fisioterapia	2.470
Ecografía Abdominal	0
Citología Vaginal	3.515
Estudios Histológicos	0

(*) Objetivo referido al número de pruebas solicitadas por AP



B2: ATENCIÓN PRIMARIA (3 DE 3)

	OBJETIVO 2019
Objetivo B2.3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
B2.3.1 ACTIVIDAD DE FACULTATIVOS	
Indicador B2.3.1.1 Nº medio de pacientes atendidos en consulta programada-concertada por médico de familia en E.A.P. y día	5,00
Indicador B2.3.1.2 Nº medio de pacientes atendidos en consulta programada-concertada por pediatra en E.A.P. y día	5,00
B2.3.2 ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	
Indicador B2.3.2.1 Nº medio de pacientes atendidos en el domicilio en consulta programada-concertada por enfermera de E.A.P. y día	2,50
Objetivo B2.4 PREVISIÓN CIERRE LISTA DE ESPERA EN UNIDADES DE APOYO	
B2.4.1 SALUD MENTAL	
Indicador B2.4.1.1 Nº de pacientes	0
Indicador B2.4.1.2 Nº de días	7
B2.4.2 FISIOTERAPIA	
Indicador B2.4.2.1 Nº de pacientes	50
Indicador B2.4.2.2 Nº de días	15



B3: ATENCIÓN ESPECIALIZADA (1de 3)

	OBJETIVO 2019
ESTRUCTURA FÍSICA	Número
Camas Instaladas	252
Camas en funcionamiento	176
Quirófanos programados funcionantes	4
In Locales de consulta externos al hospital	
In Puestos Hospital de Día	38
Indicador - Oncohematológico	
- SIDA	
- Geriátrico	
- Psiquiátrico	
- Médico	

EQUIPAMIENTO	Nº Equipos
TC helicoidal	1
Resonancia Magnética	1
Ecógrafos en Rx	3
Ecógrafo en otros Servicios	12
Mamógrafo	1
Sala convencional de Rx	3
Telemando Rx	2
Arco Multifuncional de Rx	2
Ortopantomógrafo	1

CARTERA DE SERVICIOS	
Admisión y Documentación clínica	Microbiología y Parasitología
Análisis Clínicos	Nefrología
Anatomía Patológica	Neumología
Anestesiología y Reanimación	Neurología
Aparato Digestivo	Obstetricia y Ginecología
Cardiología	Oftalmología
Cirugía General y Aparato Digestivo	Oncología Médica
Dermatología Médicoquirúrgica	Otorrinolaringología
Endocrinología y Nutrición	Pediatría
Farmacia Hospitalaria	Psiquiatría
Hematología y hemoterapia	Radiodiagnóstico
Medicina Intensiva	Rehabilitación
Medicina Interna	Reumatología
Medicina preventiva y Salud Pública	Traumatología y C. Ortopédica
Medicina del Trabajo	Urología
Medicina de Urgencias	Alergología



B3: ATENCIÓN ESPECIALIZADA (2 de 3)

OBJETIVO 2019

Objetivo B3.1 Mejorar la eficiencia y el rendimiento de los servicios hospitalarios

B3.1.1 HOSPITALIZACIÓN:

Indicador B3.1.1.1 Ingresos totales	6.800
Indicador B3.1.1.2 Estancia media global depurada sin extremos	5,5
Indicador B3.1.1.3 Peso medio	1,29
Indicador B3.1.1.4 Índice de ocupación	57
Indicador B3.1.1.5 % de urgencias ingresadas	7,6

B3.1.2 ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:

Intervenciones	
Indicador B3.1.2.1 Intervenciones quirúrgicas prog. con hospitaliz.	750
Indicador B3.1.2.2 CMA	1.500
Indicador B3.1.2.3 Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización	1.100
Indicador B3.1.2.4 Otros proc.quir.ambulatorios (fuera quirófano y cma)	700
Total	4.050
Indicador B3.1.2.5 Índice de sustitución global	0,67
Indicador B3.1.2.6 Índice de sustitución en proceso seleccionado específico para cada servicio	Propuestas Hospital
Indicador B3.1.2.7 Peso medio	0,95
Partos	
Indicador B3.1.2.8 % Partos por cesárea	18
Indicador B3.1.2.9 % Partos realizados con anestesia epidural	24

B3.1.3 ACTIVIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS:

Indicador B3.1.3.1 Primeras Consultas	55.000
Indicador B3.1.3.2 Índice consultas sucesivas / 1ª	1,1
Indicador B3.1.3.3 % de consultas de alta resolución	15

B3.1.4 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

Indicador B3.1.4.1 TC		
	Hospital	6.000
	Concertada	
Indicador B3.1.4.2 RM		
	Hospital	3.000
	Concertado	2.200
Indicador B3.1.4.3 Mamografías		900
Indicador B3.1.4.4 Ecografías		
Servicio Rx		6.000
Tocoginecológicas		3.600
Otros servicios		1.200
Indicador B3.1.4.5 Ecocardiogramas		2.100

B3.1.5 ACTIVIDAD EN HOSPITAL DE DÍA

Indicador B3.1.5.1 Oncohematológico	3.000
Indicador B3.1.5.2 Psiquiátrico	INICIAR
Indicador B3.1.5.3 Médico	1.800

B3.1.6 PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Concertados	
Indicador B3.1.6.1 Oxigenoterapia	160
Indicador B3.1.6.2 Aerosolterapia	130
Indicador B3.1.6.3 SAOS	500
Indicador B3.1.6.4 Hemodiálisis convencional	35
Indicador B3.1.6.5 Hemodiafiltración en línea	54
Indicador B3.1.6.6 Diálisis peritoneal domiciliaria	0
Medios propios	
Indicador B3.1.6.7 Inserción marcapasos	25



B3: ATENCIÓN ESPECIALIZADA (3 de 3)

OBJETIVO 2019

Objetivo B3.2 Mejorar la accesibilidad de los servicios para reducir las demoras

B3.2.1 QUIRÚRGICAS:

Indicador B3.2.1.1 Total Lista de Espera Quirúrgica	650
Indicador B3.2.1.2 Lista de Espera de más de 3 meses	0
Indicador B3.2.1.3 Tiempo medio de espera	50

B3.2.2 CONSULTAS EXTERNAS:

Indicador B3.2.2.1 Total pacientes en espera	3.600
Indicador B3.2.2.2 Tiempo medio de espera	30*
Indicador B3.2.2.3 Nº de pacientes con espera mayor a 90 días	0

B3.2.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

Indicador B3.2.3.1 TC

Total pacientes en espera	100
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de TAC	25

Indicador B3.2.3.2 RM

Total pacientes en espera	150
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de RM	25

Indicador B3.2.3.3 Ecografía

Total pacientes en espera	150
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de Ecografía	30

Indicador B3.2.3.4 Mamografía

Total pacientes en espera	30
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de Mamografía	20

Indicador B3.2.3.5 Tiempo máximo de espera para cualquier prueba de los pacientes con sospecha de patología maligna

<10

Objetivo B3.3 Orientación de los servicios sanitarios al usuario

Indicador B3.3.1 Obtención de citas desde los centros de salud de AP en el mismo momento de su solicitud	SI
Indicador B3.3.2 Comunicación a los pacientes por el Médico de Familia de los resultados normales en los cribados.	100%
Indicador B3.3.3 Comunicación del resultado por parte del médico de atención primaria a todas las mujeres a las que se ha realizado cribado	100%
Indicador B3.3.4 Potenciar las consultas de alta resolución	8

* De existir alguna especialidad, proceso o prueba en los que pudiera estar justificada una espera mayor de 35 días, se contemplará como excepción.

En Dermatología 40 y en Oftalmología 35 días.



ANEXO DE FINANCIACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Euros

PRESUPUESTO DE GASTOS	
CAPÍTULO I - PERSONAL	13.096.870
I.1. Atención Primaria	13.096.870
- Sin cuotas de Seguridad Social	10.876.950
Cuotas de Seguridad Social (20,41 %)	2.219.920
CAPÍTULO II - GASTOS CORRIENTES	2.704.400
II.1 Compra de bienes corrientes y servicios	1.727.400
Atención. Primaria	1.727.400
II. 2 Conciertos	977.000
Artículo 25	977.000
CAPÍTULO IV - PARTIDA 489.2	250.000
III. 1 Tiras Reactivas y Vacunas.	250.000
Atención. Primaria	250.000
TOTAL GASTOS	
16.051.270	
FINANCIACIÓN PLAN DE NECESIDADES	
COBROS A TERCEROS	90.000,00



ANEXO FINANCIACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Euros

PRESUPUESTO DE GASTOS	
CAPÍTULO I - PERSONAL	47.256.730
I.1. Atención Especializada	47.256.730
- Sin cuotas de Seguridad Social	38.520.150
Cuotas de Seguridad Social (22,68%)	8.736.580
CAPÍTULO II - GASTOS CORRIENTES	28.854.890
II.1 Compra de bienes corrientes y servicios	23.809.890
- Atención Especializada	23.809.890
II. 2 Conciertos	
- Otros conciertos especializada	5.045.000
TOTAL GASTOS	76.111.620
FINANCIACIÓN PLAN DE NECESIDADES	
COBROS A TERCEROS	2.850.000,00

SE INCLUYE LA CONSOLIDACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS NUEVAS ACCIONES DADAS EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DEL EJERCICIO 2018: 3 Feas, 1 Martrona, 2 Dues, 1 Fisioterapeuta, 2 TCAE, 2 Auxiliares Administrativos, 2 Técnicos.....
1 Celador, 1 Técnico de la Función Administrativa, 1 Administrativo y 1 Ingeniero Técnico.

Se incluyen 184,00 miles de euros para reducción lista de espera.

Se incluyen 60,42 miles de euros, sin cuotas de S.S., para 5 jefaturas de sección para personal facultativo, así como 12 jefaturas (1 Jefatura de Sección G. Gestión, 2 Jef. Secc. G. Advo, 3 Jef. Grupo G. Advo, 5 Jef. Grupo G. Aux. Advo y un cambio de Jefatura de equipo a Jefatura de Grupo) del Área Administrativa.



ANEXO DE FINANCIACIÓN DIRECCIÓN TERRITORIAL

PRESUPUESTO DE FARMACIA

(Euros)

	Recetas Médicas (*)	Tiras Reactivas	Vacunas	Medicamentos Extranjeros	Reembolso gastos Farmacia	TOTAL
Dirección Territorial	11.166.789,11	0,00	0,00	1.870,89	209.540,00	11.378.200,00
Atención Primaria	0,00	248.500,00	1.500,00	0,00	0,00	250.000,00
Atención Especializada	2.844.550,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.844.550,00
PRESUPUESTO 2019	14.011.339,11	248.500,00	1.500,00	1.870,89	209.540,00	14.472.750,00

(*) La financiación de Recetas Médicas de Atención Primaria se ha asignado aquí a la Dirección Territorial, pero corresponde a Recetas de Atención Primaria

PRESUPUESTO DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

1.630.000,00

PRESUPUESTO DE GASTOS

CAPÍTULO I - GASTOS DE PERSONAL	1.398.160
I.1. Dirección Territorial	1.398.160
- Sin cuotas de Seguridad Social	1.140.110
Cuotas de Seguridad Social (22,63 %)	258.050
CAPÍTULO II - GASTOS CORRIENTES	184.990
II.1 Gastos corrientes en bienes y servicios(sin conciertos)	184.990
Dirección Territorial	184.990,00
CAPÍTULO IV - TRANSFERENCIAS CORRIENTES	635.670
III. 1 Otras Prestaciones e Indemnizaciones	635.670
Resto Cap. IV	635.670,00
TOTAL GASTOS	2.218.820,00

(*) La financiación de Recetas Médicas de Atención Primaria se ha asignado aquí a la Dirección Territorial, pero corresponde a Recetas de Atención Primaria



ANEXO C: FICHA CONTROL DE INGRESOS POR TIPO DE GARANTE

(CIFRAS EN EUROS)

DENOMINACIÓN:	MES:	AÑO:												
CENTRO GESTIÓN Nº:	Deuda pendiente de pago al inicio del mes		Facturación					Ingresos			Deuda pendiente de pago al final mes			
	Por facturas emitidas hasta 31 de diciembre del ejercicio anterior (1)	Por facturas emitidas en el ejercicio (2)	Importes facturados en el mes (3)	Facturas anuladas			Total Facturas a cobrar (7)=[(1)+(2)+(3)]-(6)	Cobros realizados en el mes			Por facturas emitidas hasta 31 de diciembre del ejercicio anterior (11)=[(1)-(4)]-(8)	Por facturas emitidas en el ejercicio (12)=[(2)+(3)-(5)-(9)]	Total facturas pendientes de cobro en el ejercicio (13)=[(11)+(12)]	
			Emitidas hasta el 31 de diciembre del ejercicio anterior (4)	Emitidas en el ejercicio (5)	Total Importe Facturas anuladas (6)=(4)+(5)			De Facturas Emitidas hasta el 31 de diciembre del ejercicio anterior (8)	De facturas Emitidas en el ejercicio (9)	Total cobros realizados (10)=(8)+(9)				
CETI														
ILPP														0,00
ISFAS														0,00
MUFACE														0,00
RESTO DEL ESTADO														0,00
TOTAL ESTADO (I)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ASISA														
ADESLAS														
SANTAS														
RESTO DE COMPAÑÍAS ASEGURADORAS														
USUARIOS EXTRANJEROS SIN ASISTENCIA SANITARIA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS														
USUARIOS ESPAÑOLES (3)														
RESTO DE VARIOS Y PARTICULARES														
PACIENTES TRANSFRONTERIZOS (1)						0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL VARIOS Y PARTIC. (II)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL MUTUAS DE AT/EP - EXC. INSS (III)						0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL ACCID. DE TRÁFICO (IV)						0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL (I)+(II)+(III)+(IV)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL MUTUA DE AT/EP INSS						0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Coste asignado a la asistencia prestada en el mes
A. SANITARIA PREST. BASE A REGL. COMUNITARIOS S.S. (2)	
A. SANITARIA PREST. BASE A CONVENIO BILATERAL	

(1) Real Decreto 81/2014, 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza

(2) Reglamento (CE) 987/2009 y Reglamento (CE) 883/2004

(3) Se refiere a supuestos en los que se puede figurar un tercero obligado al pago por motivos diversos.

**ANEXO C: CONTROL SOBRE ASISTENCIA NO FINANCIADA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS REALIZADA A NO RESIDENTES****GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

EJERCICIO 2019	(IMPORTE EN EUROS)					
CONCEPTO DE ATENCIÓN SANITARIA	PACIENTES ATENDIDOS	FACTURADO	NO FACTURADO	COBRADO	NO COBRADO	IMPORTE TOTAL NO RECUPERADO
(1)			(2)		(3)	(4)=(2)+(3)
EXTRANJEROS CETI						
EMBARAZADAS CETI						
MENORES CETI						
SCREENING A RESIDENTES CETI						
EXTRANJEROS TRANSEUNTES						
EMBARAZADAS TRANSEUNTES						
MENORES TRANSEUNTES						
EVACUACIONES						
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A TRAVÉS DE LA FICHA C8-4 DEBERÁ ELABORARSE TENIENDO EN CUENTA LOS DATOS DE ACTIVIDAD DISPONIBLES AL EFECTO, AL CIERRE DE CADA MES

FICHA C 8.4: GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

EJERCICIO 2019	(IMPORTE EN EUROS)					
CONCEPTO DE ATENCIÓN SANITARIA	PACIENTES ATENDIDOS	FACTURADO	NO FACTURADO	COBRADO	NO COBRADO	IMPORTE TOTAL NO RECUPERADO
(1)			(2)		(3)	(4)=(2)+(3)
EXTRANJEROS CETI						
EMBARAZADAS CETI						
MENORES CETI						
SCREENING A RESIDENTES CETI						
EXTRANJEROS TRANSEUNTES						
EMBARAZADAS TRANSEUNTES						
MENORES TRANSEUNTES						
EVACUACIONES						
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



**CONTRATO DE GESTIÓN 2019
FICHA DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PERSONAL
EVENTUAL Y SUSTITUTO 2019**

**OBJETIVO A: ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS
ECONÓMICOS EN MATERIA DE PERSONAL**

CENTRO DE GASTO: 5101 ATENCIÓN PRIMARIA CEUTA

**INDICADOR 2 : NOMBRAMIENTO DE PERSONAL ESTATUTARIO
TEMPORAL**

CONCEPTO	PROPUESTA INGESA 2019
% MÁXIMO DE SUSTITUCIONES I.T.	62,95%
MÁXIMO DE DIAS A SUSTITUIR POR V.P.L.(*)	2.000

(*)Se presume que los días a sustituir por Liberados Sindicales en 2019, son los mismos que en 2018. Los días que superen esa cifra se adicionarán al máximo de días por VPL que recoge este documento

**INDICADOR 3: NOMBRAMIENTO DE PERSONAL ESTATUTARIO
POR NECESIDADES DE SERVICIO**

CONCEPTO	PROPUESTA INGESA 2019 (Miles de €)
IMPORTE ANUAL PERSONAL EVENTUAL POR NECESIDADES DEL SERVICIO	311,44



**CONTRATO DE GESTIÓN 2019
FICHA DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PERSONAL
EVENTUAL Y SUSTITUTO 2019**

**OBJETIVO A: ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS
ECONÓMICOS EN MATERIA DE PERSONAL**

CENTRO DE GASTO: 5102 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA

**INDICADOR 2 : NOMBRAMIENTO DE PERSONAL ESTATUTARIO
TEMPORAL**

CONCEPTO	PROPUESTA INGESA 2019
% MÁXIMO DE SUSTITUCIONES I.T.	73,24%
MÁXIMO DE DIAS A SUSTITUIR POR V.P.L.(*)	11.000

(*)Se presume que los días a sustituir por Liberados Sindicales en 2019, son los mismos que en 2018.
Los días que superen esa cifra se adiccionarán al máximo de días por VPL que recoge este documento

**INDICADOR 3: NOMBRAMIENTO DE PERSONAL ESTATUTARIO
POR NECESIDADES DE SERVICIO**

CONCEPTO	PROPUESTA INGESA 2019 (Miles de €)
IMPORTE ANUAL PERSONAL EVENTUAL POR NECESIDADES DEL SERVICIO	748,11