



MINISTERIO
DE SANIDAD



ACUERDO DE GESTIÓN



MELILLA 2026

CSV : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : ANGEL ALBERTO ROMERO CERON | FECHA : 15/12/2025 23:55 | Sin acción específica

FIRMANTE(2) : NATALIA MILAGROSA MATA CADENAS | FECHA : 16/12/2025 16:16 | Sin acción específica

FIRMANTE(3) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 16/12/2025 16:21 | Sin acción específica





INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

CSV : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : ANGEL ALBERTO ROMERO CERON | FECHA : 15/12/2025 23:55 | Sin acción específica

FIRMANTE(2) : NATALIA MILAGROSA MATA CADENAS | FECHA : 16/12/2025 16:16 | Sin acción específica

FIRMANTE(3) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 16/12/2025 16:21 | Sin acción específica





ACUERDO DE GESTIÓN 2026. ÁREA DE SALUD ÚNICA DE MELILLA

INTRODUCCIÓN.....	- 4 -
ATENCIÓN PRIMARIA	- 10 -
1.1. Cartera de servicios.	- 10 -
1.2. Pacto de solicitud derivaciones.	- 11 -
1.3. Actividad. Unidades de Apoyo.	- 12 -
ATENCIÓN HOSPITALARIA	- 13 -
2.1. Estructura, equipamiento y cartera de servicios de Atención Hospitalaria.	- 13 -
2.2. Mejorar eficiencia y rendimiento de los servicios hospitalarios.	- 14 -
2.3. Mejorar la accesibilidad de los servicios para reducir demoras.	- 15 -
LÍNEAS TRANSVERSALES.....	- 16 -
A. PRESTACIÓN FARMACEÚTICA.....	- 16 -
B. CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	- 21 -
C. ESTRATEGIAS DE SALUD	- 22 -
C.1. SALUD MENTAL	- 22 -
C.2. ESTRATEGIA DE DIABETES.....	- 22 -
C.3. PLAN DE SALUD BUCODENTAL	- 22 -
C.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	- 23 -
D. GESTIÓN TIC Y DESARROLLO DE PROYECTOS.....	- 24 -
E. INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)	- 25 -
F. CALIDAD ASISTENCIAL	- 26 -
GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.....	- 27 -
GESTIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA	- 31 -
PRODUCTIVIDAD VARIABLE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	- 37 -

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

CSV : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : ANGEL ALBERTO ROMERO CERON | FECHA : 15/12/2025 23:55 | Sin acción específica

FIRMANTE(2) : NATALIA MILAGROSA MATA CADENAS | FECHA : 16/12/2025 16:16 | Sin acción específica

FIRMANTE(3) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 16/12/2025 16:21 | Sin acción específica





Reunidos, de una parte, **Doña Isabel Muñoz Machín**, Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de otra, **Doña Natalia Mata Cadenas**, Directora Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Melilla y **Don Ángel Alberto Romero Cerón**, Gerente de Atención Sanitaria del Área de Salud Única de Melilla, todos ellos acuerdan suscribir el presente Acuerdo de Gestión, conforme a las siguientes estipulaciones:

INTRODUCCIÓN

- El mecanismo del Acuerdo de Gestión se recupera, para el Área de Salud de Melilla, en noviembre de 2024, tras un periodo en el que no había sido suscrito (ejercicios 2023, 2021, 2020) o había sido firmado, pero no evaluado (ejercicio 2022). El presente texto continúa, formalmente, el modelo históricamente tradicional utilizado en el INGESA como *contrato de gestión* o *contrato-programa*.

El Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2025 fue firmado en el mes de junio de ese mismo año, asumiendo entonces sus firmantes el compromiso de suscribir el Acuerdo de Gestión correspondiente al año 2026 antes del comienzo de este ejercicio, con la finalidad de favorecer su efectivo despliegue por los equipos directivos como herramienta real para la gestión sanitaria.

- El Acuerdo de Gestión suscrito entre la Dirección del INGESA, su Dirección Territorial en Melilla y la Gerencia del Área de Salud Única de Melilla es uno de los principales instrumentos de gestión del servicio sanitario público, plasmando el compromiso del conjunto de la organización con la población melillense y con su salud.

El presente Acuerdo de Gestión, orientado a los problemas de salud específicos de la población protegida, establece altos niveles de calidad científico-técnica y seguridad para los pacientes, concediendo particular importancia al fomento de la prevención y la promoción de la salud en su ámbito territorial.

Para ello, el INGESA trabaja en la readecuación, mejora y renovación de los sistemas de información que soportan toda la práctica clínica al objeto de mejorar la accesibilidad a la oferta de servicios sanitarios, así como la interoperabilidad entre ellos: listas de espera, cita previa, la referida interoperabilidad, la coordinación entre niveles asistenciales, o la evaluación directa de la satisfacción percibida por pacientes y usuarios son algunas de esas áreas de mejora.

Este compromiso recoge las principales líneas de actuación y objetivos que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria va a desarrollar en el Área de Salud Única de Melilla para asegurar una atención sanitaria integral y de calidad a su población, de conformidad con la legislación vigente.





Evaluación del Acuerdo de Gestión 2025 y firma del Acuerdo de Gestión 2026

- La firma del Acuerdo de Gestión 2026 se formaliza, como corresponde, antes del inicio del ejercicio cuya gestión debe guiar. Ello implica, por otra parte, que la evaluación del Acuerdo de Gestión 2025 previa a dicha firma deba haber sido realizada antes de la finalización del año 2025. No obstante, habida cuenta de la práctica consunción del ejercicio, así como de la disponibilidad de datos suficientemente consolidados para realizar la evaluación referida, ello no ha impedido ni obstaculizado la precisa y completa definición de los objetivos establecidos para el año 2026, hecho especialmente relevante en el caso de la Atención Hospitalaria en Melilla, en plena fase de traslado al nuevo Hospital Universitario de Melilla (HUME) e implementación de los servicios y procesos de trabajo en dicho centro.

Organigrama directivo

- Una de las fortalezas explicitadas como resultado del proceso de revisión y evaluación parcial del Acuerdo de Gestión 2025 es la completa renovación del organigrama directivo dependiente del INGESA en la ciudad de Melilla y su Área de Salud, conformado en la actualidad por once personas, siete mujeres y cuatro hombres, que acreditan una consolidada trayectoria en el Sistema Nacional de Salud.

Dirección Territorial:

- **Doña Natalia Mata Cadenas**, Directora Territorial de Melilla desde el 1 de septiembre de 2025.
- **Don Javier Moreno Hernández**, Subdirector Territorial de Melilla desde el 1 de octubre de 2025.

Área de Salud Única de Melilla:

- **Don Alberto Romero Cerón**, Director-Gerente de Atención Sanitaria desde el 16 de septiembre de 2024.
- **Doña Inmaculada Romero Muñoz**, Directora Médica de Atención Especializada desde el 1 de junio de 2025.
- **Doña Pilar Medina Rodríguez**, Subdirectora Médica de Atención Especializada desde el 1 de septiembre de 2025
- **Doña Etelvina de Castro Santos**, Directora Médica de Atención Primaria desde el 1 de septiembre de 2025
- **Don Francisco Javier Ocón Pascual**, Director de Gestión y Servicios Generales desde el 7 de febrero de 2025.
- **Doña Aurora Peña López**, Subdirectora de Gestión y Servicios Generales desde el 1 de julio de 2025.
- **Doña Noelia Vicente Pedraz**, Directora de Enfermería de Atención Especializada desde el 1 de octubre de 2025.
- **Doña Eva María Luque Sánchez**, Directora de Enfermería de Atención Primaria desde el 1 de octubre de 2025.
- **Don Eduardo Fernández Ulloa**, Subdirector de Enfermería de Atención Especializada desde el 15 de marzo de 2025.





Líneas generales de actuación y Estrategias de Salud

- La conclusión del proceso de traslado al nuevo Hospital Universitario de Melilla, desarrollado durante el segundo semestre de 2025, es otro de los hitos relevantes del ejercicio, cuya conclusión deberá operar como elemento dinamizador y facilitador de un cambio significativo en la gestión de la actividad que conforma materialmente la cartera de servicios establecida, al comenzar su actividad nuevas áreas y procesos de trabajo como el Hospital de Día Quirúrgico, la Unidad de Accesos Vasculares, la Rehabilitación Cardíaca o la Crioneurolysis para la Espasticidad Neurológica.
- Por su parte, debe ser destacado que, por primera vez en la historia del centro, un servicio del Hospital Comarcal de Melilla -el servicio de Pediatría- ha sido nominado en 2025, como uno de los mejores del Sistema Nacional de Salud en el marco del programa *IQVIA Hospitales Top20*, galardones que destacan a los hospitales que han demostrado un desempeño sobresaliente en diversas áreas de la atención sanitaria contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad de vida de las y los pacientes.
- El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio ordinario de su actividad habitual, publicó, con fecha 29 de julio, su Informe Nº 1.630 de Fiscalización Operativa de la Asistencia Sanitaria Especializada gestionada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Melilla, ejercicios 2022 y 2023. Con fecha 28 de noviembre, ha publicado su Informe de fiscalización Nº 1.649 sobre los gastos farmacéuticos hospitalarios gestionados por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, ejercicios 2022 y 2023.

El INGESA valora muy positivamente la labor del Tribunal de Cuentas, cuya fiscalización constituye una auténtica auditoría externa de sobresaliente nivel técnico e incalculable valor por su aprovechamiento para la mejora de la gestión pública, la cual debe orientar las actuaciones y prioridades de gestión, como así se refleja ya en el presente Acuerdo de Gestión 2026.

- Respecto a las áreas que merecen un especial interés en 2026, a la vista de la evaluación parcial realizada del Acuerdo 2025, pueden destacarse las siguientes:
 - En cuanto a las acciones transversales, en 2026 se priorizarán objetivos para cuatro **estrategias de salud** del Sistema Nacional de Salud: Diabetes, Salud Mental, Plan de Salud Bucodental y Estrategia de Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente se articula como el centro sobre el que pivotarán las futuras estrategias de calidad asistencial en el Área de Salud, razón por la cual se ha establecido como objetivo la implantación de un plan de seguridad en cada centro asistencial de Atención Primaria y del Hospital Universitario de Melilla en los dos próximos años (elaboración, puesta en marcha, ejecución y evaluación de la implementación del plan).
 - La **prestación farmacéutica** también será objeto específico de seguimiento, por ser una de las más importantes que ofrece el Sistema Nacional de Salud, tanto desde el punto de vista asistencial como económico. Los criterios comprometidos buscan la optimización de los objetivos para 2026. En este sentido, se deberá persistir en el fomento del uso racional de los medicamentos para lo que se establece un umbral de al menos el 35% de prescripción por principio activo. Además, se promoverá la prescripción basándose en la mayor evidencia científica y un uso seguro del medicamento, y se continuará con el impulso para incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes y con





mayor evidencia científica en relación con las novedades terapéuticas. Por ejemplo, se propone incentivar el uso de los medicamentos biológicos, al menos, en un 3%. Como ya estaba previsto y, ahora ha recomendado el Tribunal de Cuentas, se constituirá la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital Universitario de Melilla.

- En materia **recursos humanos**, se plantea una radical redefinición y potenciación de los objetivos establecidos en comparación con los recogidos en acuerdos de años anteriores. Se incorporan tres objetivos vinculados a la planificación y ordenación de los recursos humanos en los servicios de salud, orientados a su adecuado dimensionamiento, distribución y estabilidad, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios. Los dos primeros indicadores promueven criterios de actuación que permitirán complementar, reforzar y asegurar, en cada ámbito respectivo, el cumplimiento de las medidas de limitación de la temporalidad de su personal, así como una actuación coordinada de los distintos órganos con competencia en materia de personal. Además, un tercer objetivo afronta eficazmente el origen del absentismo, tanto por sus efectos económicos como por su repercusión sobre la organización y cobertura de los servicios.
- Respecto a los **sistemas de información**, TIC, como ya estaba previsto y ahora ha recomendado el Tribunal de Cuentas, el INGESA debe insistir en la actualización de los sistemas informáticos de gestión, en busca de la interoperabilidad y conformación de expedientes electrónicos, dando satisfacción a las necesidades planteadas en la actividad asistencial. Para ello se despliegan varios objetivos. El primero de ellos, la colaboración en las actividades necesarias para la implantación de los principales proyectos de tecnologías de la información: Historia Clínica Digital, sistema de información hospitalario (HCIS) y sus integraciones, software de cuidados críticos, sistema de gestión económico financiero, sistema de información de atención primaria (eSIAP) y sus integraciones, portal del paciente y del profesional. El segundo objetivo está focalizado en la Transformación Digital, para lo cual se dispondrá de un inventario de integraciones actualizado y se colaborará en las labores necesarias para aumentar este número, se avanzará en la disponibilidad de los certificados de empleado público aumentando el registro de los usuarios, se trabajará sobre el registro de datos no automatizados y la validación de la información necesaria en la herramienta informacional. En tercer lugar, de gran importancia, se potenciará la seguridad de la Información mediante la participación y promoción de las actividades de los Comités de Seguridad de la Información y la validación de los procesos de altas y bajas de usuarios de sistemas de información.
- En ambos niveles asistenciales, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, se trabajará en la mejora de la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios, así como en la identificación de áreas de mejora que permitan tanto aumentar la capacidad de resolución de los servicios cómo mejorar su eficiencia.

En desarrollo de lo establecido en las líneas generales de este Acuerdo de Gestión, 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 la obesidad.





- Priorizar el abordaje integral de las principales **enfermedades crónicas** con elevada morbimortalidad en el Área de Salud de forma conjunta en ambos niveles asistenciales, recuperando el papel protagonista 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.
- Asegurar la **participación activa de los distintos colectivos** en el desarrollo y consecución de los objetivos, mejorando el alineamiento multinivel en la Organización.
- Comenzar a implementar un plan de humanización y comunicación con pacientes y familiares que permita, con transparencia y comprensión, conocer e informar todo lo relativo a la enfermedad y su afrontamiento.

• Las **Estrategias de Salud** son una herramienta impulsada y coordinada por el Ministerio de Sanidad que pretende consensuar protocolos y procedimientos de actuación para dar una respuesta normalizada y/o estandarizada a través de indicadores comunes en todo el Sistema Nacional de Salud.

El INGESA participará, en la medida de sus posibilidades, en la aplicación de dichos protocolos con el objetivo de mejorar los procesos y ratios asistenciales en su ámbito de aplicación.

Para el seguimiento y evaluación de las distintas Estrategias, la Gerencia de Atención Sanitaria procurará designar, siempre que sea posible, a un responsable de Área -Atención Primaria y Atención Hospitalaria- para cada una de las estrategias, cuyos datos de contacto trasladará a la Subdirección General de Gestión Sanitaria (SGGS) del INGESA.

• Se impulsará la creación de foros y/o comisiones de **coordinación** con la Dirección General de Salud Pública dependiente del gobierno la Ciudad Autónoma para abordar los temas de salud de interés común para ambas Instituciones.

CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD MANCOMUNADA (CRM)

En todo caso, la responsabilidad respecto del seguimiento e implementación de las Estrategias de Salud, así como del cumplimiento y evaluación de los Objetivos e Indicadores del presente Acuerdo de Gestión, corresponderá, mancomunadamente, a la Dirección Territorial del INGESA, a la Gerencia de Atención Sanitaria y al equipo directivo del Área de Salud, así como a las Jefaturas de Área de los Servicios Centrales del INGESA.

A tal efecto, recabarán, necesariamente, la colaboración proactiva de las Jefaturas de cada Servicio y/o Sección asistencial y demás mandos intermedios de la organización, a quienes impartirán las instrucciones precisas para el desempeño de las tareas encomendadas.





INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Cuadro de población

ANEXO I MELILLA POBLACIÓN					
Población total T.S.I. (01-01-2025)				72.871	
Distribución población por grupos de edad					
0-2 años	3-6 años	7-13 años	14-64 años	65-74 años	≥ 75 años
2.023	3.703	8.040	50.082	5.661	3.362
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
656	1.312	3.423	10.217	14.952	72.918
Total > 14 años	=> 65 años	Menores de 65 años Ajustada	>74 años	Total 15 a 19 años	Total > 40
57.966	9.023	63.895	3.362	5.455	32.492
Mujeres					
15 - 34 años	15 - 49 años	35-64 años	> 49 años	50-59 años	50-64 años
10.423	18.824	15.743	12.294	5.170	7.342
Distribución población T.S.I. según aportación de Farmacia					
FARMACIA CON APORTACIÓN					Situaciones Especiales (40% Aportación)
TSI 001 (Exentos)	TSI 002 (10%)	TSI 003 (40%)	TSI 004 (50%)	TSI 005 (60%)	F 003
25.439	5.798	26.255	13.280	593	580
MUTUALISTAS			CONVENIO	TOTAL (**)	
ISFAS	MUFACE	MUGEJU	NOFAR	71.945	
145	758	22	1		
Población a efectos de I.T. (30-12-2024)					
24.948					





ATENCIÓN PRIMARIA

1.1. Cartera de servicios.

1.1 ATENCIÓN PRIMARIA				
Objetivo: CARTERA DE SERVICIOS				
Código	Nombre del Servicio	Objetivo 2026	(C)=Núm./ Casos Esperados (%)	Resultado por Servicio (C) x (VT)
100	Consulta Niños	12.733	113,5	170,3
101	Vacunaciones	17.153	114,7	172,1
102	Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	1.787	136,2	340,5
103	Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	2.481	72,5	108,7
104	Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	8.703	85,2	170,4
105	Educación para la Salud en Centros Educativos	12	63,2	189,5
106	Prevención de la caries infantil	2.796	27,4	82,1
200	Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	683	104,1	156,2
201	Seguimiento de la Mujer Embarazada	1.161	236,0	707,9
202	Preparación al Parto	166	25,3	50,6
203	Visita en el primer mes de postparto	580	88,4	132,6
204	Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	6.526	40,1	140,4
205	Vacunación de la Rubéola	1.409	13,5	13,5
206	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	10.739	68,2	204,6
207	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	6.525	53,1	79,6
208	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	6.628	90,3	225,7
209	Atención a la Mujer en el Climaterio	605	11,7	29,3
300	Consulta Adultos	31.647	91,0	318,4
301	Vacunación de la Gripe			
	- Mayores o igual a 65 años	2.376	26,3	26,3
	- Menores de 65 años	2.491	26,0	26,0
302	Vacunación del Tétanos	7.576	13,1	45,7
303	Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	2.229	152,9	229,4
304	Prevención de enfermedades cardiovasculares	28.792	49,7	149,0
305	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	7.951	68,6	548,7
306	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	5.135	147,6	812,0
307	Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	345	15,2	68,3
308	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	4.567	65,7	229,8
309	Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	6.386	55,1	303,0
310	Atención a Pacientes con VIH - SIDA	29	16,7	50,0
311	Educación a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabéticos	3.482	100,1	450,5
312	Educación para la Salud a Otros Grupos	7.662	66,1	495,7
313	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	950	95,7	382,9
314	Atención a Pacientes Terminales	18	12,4	37,1
315	Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	100	1,7	6,0
316	Prevención y Detección de Problemas en el Anciano	1.046	31,1	93,3
317	Cirugía Menor	788	80,1	360,5
318	Atención al Joven	193	3,5	12,4
	Tabaquismo	0	0,0	0,0
400	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	2.077	158,3	712,6
401	Tratamientos Psicoterapéuticos	0	0,0	0,0
Población TSI a 1 de enero de 2025				8.332
				11.850
				70,31





1.2. Pacto de solicitud derivaciones.

1.2 ATENCIÓN PRIMARIA	
	OBJETIVO 2026
Objetivo: PACTO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (*)	
INTERCONSULTAS	
Indicador Área Médica	9.736
Cardiología	691
Dermatología	1.749
Digestivo	1006
Endocrinología	570
Hematología	303
Medicina Interna	174
Nefrología	206
Neumología	381
Neurología	881
Psiquiatría	2.368
Rehabilitación	874
Reumatología	533
Indicador Área Quirúrgica	12.537
Cirugía General	1.522
Neurocirugía	372
Urología	780
Traumatología	3.309
Otorrinolaringología	1.421
Oftalmología: Diagnóstica	2.086
Ginecología: Diagnóstica	1.626
Anestesia	1.421
Indicador Otros	2.861
Fisioterapia desde AP	866
Ecografía Abdominal	1.857
Citología Vaginal	138
(*) Objetivo referido al número de pruebas solicitadas por AP	





1.3. Actividad. Unidades de Apoyo.

1.3 ATENCIÓN PRIMARIA	
	OBJETIVO 2026
Objetivo: ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
ACTIVIDAD DE FACULTATIVOS	
Indicador Nº medio de pacientes atendidos en consulta programada-concertada por médico de familia en E.A.P. y día	6,00
Indicador Nº medio de pacientes atendidos en consulta programada-concertada por pediatra en E.A.P. y día	5,00
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	
Indicador Nº medio de pacientes atendidos en el domicilio en consulta programada-concertada por enfermera de E.A.P. y día	2,50
Objetivo: PREVISIÓN CIERRE LISTA DE ESPERA EN UNIDADES DE APOYO	
SALUD MENTAL	
Indicador Nº de pacientes	15
Indicador Nº de días	7
FISIOTERAPIA	
Indicador Nº de pacientes	50
Indicador Nº de días	15

Se evaluará a través del SIAP





ATENCIÓN HOSPITALARIA

2.1. Estructura, equipamiento y cartera de servicios de Atención Hospitalaria.

2.1 ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	2026
ESTRUCTURA FÍSICA	Número
Camas Instaladas	171
Camas en funcionamiento	171
Quirófanos programados funcionantes	2,2
Locales de consulta	18
Locales de consulta externos al hospital	6
Puestos Hospital de Día	
- Oncohematológico	2
- Psiquiátrico	2
- Médico	2
EQUIPAMIENTO	
Resonancia Magnética	1
TC helicoidal	1
Ecógrafos en Rx	3
Ecógrafo en otros Servicios	2
Mamógrafo	1
Sala convencional de Rx	2
Telemando Rx	2
Arco Multifuncional de Rx	1
CARTERA DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> . Admisión y Documentación Clínica . Análisis Clínicos . Anatomía Patológica . Anestesiología y Reanimación . Aparato Digestivo . Cardiología . Cirugía General y Aparato Digestivo . Dermatología Médico-Quirúrgica . Endocrinología y Nutrición . Farmacia Hospitalaria . Hematología y hemoterapia . Medicina Intensiva . Medicina Interna . Medicina preventiva y Salud Pública . Medicina del Trabajo . Medicina de Urgencias . Microbiología y Parasitología . Nefrología . Neumología . Neurocirugía . Neurología . Obstetricia y Ginecología . Oftalmología . Oncología Médica . Pediatría Otorrinolaringología . Psiquiatría Pediátrica . Psiquiatría . Radiodiagnóstico . Rehabilitación . Reumatología . Traumatología y C. Ortopédica . Urología





2.2. Mejorar eficiencia y rendimiento de los servicios hospitalarios.

2.2 ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Objetivo:	OBJETIVO 2026
MEJORAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Hospitalización	
Indicador Ingresos totales	4.680
Indicador Estancia media global con extremos	6,6
Indicador Índice de ocupación	50
Indicador % de urgencias ingresadas	8
Actividad quirúrgica	
Intervenciones	
Indicador Intervenciones quirúrgicas hospitalización	900
Indicador CMA	800
Indicador Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización.	900
Indicador Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios (fuera quirófano y CMA)	1.400
Total	4.000
Partos	
Indicador % Partos por cesárea	25
Indicador % Partos realizados con anestesia epidural	53
Actividad en Consultas Externas	
Indicador Primeras Consultas	38.000
Indicador Índice consultas sucesivas / 1ª	1,5
Procedimientos Diagnósticos	
Indicador TC	7.154
Indicador RM	5.450
Indicador Mamografías	969
Indicador Ecografías	
Servicio Rx	7.000
Tocoginecológicas	2.800
Indicador Ecocardiogramas	1.700
Actividad Hospital de Día	
Indicador Oncohematológico	1.800
Indicador Psiquiátrico	1.100
Indicador Médico	1.100
Procedimientos Terapéuticos	
Concertados	
Indicador Oxigenoterapia	245
Indicador Aerosolterapia	65
Indicador SAOS	760
Medios Propios	
Indicador Hemodiálisis	60





2.3. Mejorar la accesibilidad de los servicios para reducir demoras.

2.3 ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Objetivo 1: MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS PARA REDUCIR DEMORAS	OBJETIVO 2026
Quirúrgicas	
Indicador Total Lista de Espera Quirúrgica	800
Indicador Lista de Espera de más de 3 meses	250
Indicador Tiempo medio de espera	90
Consultas Externas	
Indicador Total pacientes en espera	2.000
Indicador Tiempo medio de espera	29
Indicador Nº de pacientes con espera mayor a 90 días	500
Procedimientos diagnósticos	
Indicador TC	
Total pacientes en espera	50
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de TC	15
Indicador RM	
Total pacientes en espera	50
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de RM	15
Indicador Ecografía	
Total pacientes en espera	100
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de Ecografía	15
Indicador Mamografía	
Total pacientes en espera	50
Tiempo medio de espera en pacientes pendientes de Mamografía	15
Indicador Patología maligna	
Tiempo máximo de espera para cualquier prueba de los pacientes con sospecha de patología maligna	10
Objetivo 2: OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES PARA REDUCIR DEMORAS	OBJETIVO 2026
Indicador Potenciar las consultas de alta resolución	Remitir informe





LÍNEAS TRANSVERSALES

A. PRESTACIÓN FARMACEÚTICA

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 Atención Hospitalaria.
- **Incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes**, En los subgrupos terapéuticos de mayor impacto, en relación con la utilización de novedades terapéuticas.
- **Fomento del uso racional**, de mayor evidencia científica, y seguro del Medicamento.
- **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.

Prestación Farmacéutica en Atención Primaria.

- **Cumplimiento del presupuesto** asignado a Atención Primaria, y de los objetivos marcados al respecto a cada Equipo de Atención Primaria (EAP) y a cada médico.
- **Prescripción por principio activo.** Se deberá alcanzar, al menos, el **70 %** del total de las prescripciones en receta realizadas.
- En los subgrupos terapéuticos de mayor impacto, **incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes.** Se establecerán objetivos diferenciados para los subgrupos señalados en el Anexo correspondiente.
- **Sesiones farmacoterapéuticas: Al menos 6 al año**, una al menos en cada centro.
- **Boletines y/o hojas de evaluación farmacoterapéuticas: Al menos 1 en el año.**
- **Protocolo para la prescripción, deshabitación y derivación de pacientes consumidores de benzodiacepinas:** Se elaborará **1 protocolo** orientado a minimizar el inicio de prescripción, la deshabitación, así como la derivación de pacientes consumidores de benzodiacepinas.
- Remisión mensual a todos los profesionales de su **perfil de prescripción.**





- Realización de al menos, **5 entrevistas personales al año**, con los médicos para tratar sobre su perfil prescriptor, **con el objetivo de alcanzar el uso racional y uso seguro del medicamento**. Se realizarán por parte del Director Gerente y/o Director Médico con presencia del farmacéutico de AP y/o un inspector.
- **Formación en deshabituación a las Benzodiazepinas** a través de programas y sesiones formativas, potenciando la creación de equipos multidisciplinares para la formación a prescriptores como educación a los pacientes.

Prestación Farmacéutica en Atención Hospitalaria.

Prescripción de recetas:

- **Prescripción por principio activo**. Se deberá alcanzar, al menos, el **35 %** del total de las prescripciones realizadas en recetas.
- En los subgrupos terapéuticos de mayor impacto, **incrementar la utilización de los medicamentos más eficientes, y de mayor evidencia científica**, en relación con las novedades terapéuticas. Se establecerán objetivos diferenciados para los subgrupos señalados en el Anexo correspondiente.
- **Cumplimiento de los objetivos cuantitativos** de prescripción en Atención Hospitalaria.
- Remisión mensual a todos los médicos de su **perfil de prescripción** por receta.
- Se realizarán al menos **5 entrevistas personales al año** con los médicos especialistas para tratar de sus respectivos perfiles de prescripción, **con el objetivo de alcanzar el uso racional y uso seguro del medicamento**. Estas entrevistas serán realizadas por el Director Gerente y/o Director Médico con la presencia de un farmacéutico y/o un inspector.

Farmacia hospitalaria:

- Control pormenorizado del gasto/consumo de farmacia hospitalaria, especialmente dirigido a los medicamentos **prescritos y dispensados a pacientes ambulatorios y pacientes externos**.
- Se incrementará en el ámbito hospitalario la utilización de medicamentos **biosimilares**, hasta alcanzar al menos un **3%**.
- Se **registrarán en la plataforma VALTERMED** (Valor Terapéutico de los Medicamentos) los **pacientes sometidos a Terapias avanzadas y de alto impacto sanitario y económico**, con independencia de que sean derivados a otros hospitales de referencia. Asimismo, se cumplimentarán los datos clínicos requeridos de dichos pacientes, cuando éstos sean tratados por los especialistas del Hospital.
- Registro y control, por la **Comisión de seguimiento de fármacos de nueva generación y biológicos**, adecuando el perfil de prescripción a las indicaciones del fármaco.
- Se realizará la correcta **coordinación del Procedimiento de solicitud, gestión y seguimiento de Terapias Avanzadas y de alto impacto**.
- Se impulsará la **constitución de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital**.





Objetivos de la Prestación Farmacéutica en la Dirección Territorial

- 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.**
- Intensificar las **revisiones de recetas**, en base a los “rechaces” y otras anomalías obtenidas por Digitalis, priorizando las de visado, estupefacientes, dietoterápicos, y electrónicas en general.
- **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 AH.

Actualización mensual de los CIAS.

- **Seguimiento del gasto en capítulo IV.**
- La **Comisión Mixta Territorial de Seguimiento del Convenio** con el Colegio de Farmacéuticos, **8 veces al año** y se remitirán las actas a la SGGGS.
- Ejecución y seguimiento de los **procesos de reintegro** de los excesos de aportación farmacéutica.





Responsable en SSSC: Carmen del Castillo Vázquez		Responsable:
GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA		Vid. CRM, pág. 8
ATENCIÓN PRIMARIA		Objetivo 2026
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		
Indicadores de calidad de prescripción		
Indicador % Consumo Envases de Prescripciones Principio Activo / Total Envases (% env PA / tot)		70,00
Indicador % DDD Insulina glargina A10AE04 / Total DDD insulinas prolongadas A10AE		88,90
Indicador % DDD Metformina+gliclazida+glipepirida+glipizida+repaglinida / Total DDD Antidiabéticos orales A10B		30,00
Indicador % DDD Atorvastatina+pravastatina+simvastatina / Total DDD agentes modificadores de los lípidos C10AA		65,00
Indicador % DDD Morfina+parches transdérmicos fentanilo / total DDD opioides mayores (buprenorfina+morfina+hidromorfona+fentanilo+oxicodona+petidina)		64,22
Indicador % DDD Omeprazol / total DDD inhibidores bomba protones A02BC		70,00
Indicador % DDD Antihipertensivos C09A+C09B / total DDD C09 (excluidoC09DX04)		45,00
Indicador % DDD Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / Total DDD antidepresivos de 2ª generación		62
Indicador % DDD Cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD Antibióticos (J01) x100		≤3
Indicadores cuantitativos de la prescripción		
Indicador IPPaj = Importe por persona ajustado		
GERENCIA DE AP. M.G.		18,73
GERENCIA DE AP. Pediatría		4,82
Indicador RPPaj = Nº de recetas por persona ajustado		
GERENCIA DE AP M.G.		1,31
GERENCIA DE AP Pediatría		0,46
Indicador I/Raj= Importe € por receta ajustado		
GERENCIA DE AP M.G.		14,30
GERENCIA DE AP Pediatría		10,46
Indicadores de selección e información de medicamentos en AP		
Indicador Reuniones de la Comisión Territorial de Seguimiento de la Prestación Farmacéutica		3
Indicador Sesiones Farmacoterapéuticas		6
Indicador Boletines y/o Hojas evaluación Farmacoterapéuticos		1
Indicador Protocolo para la prescripción, deshabitación y derivación de pacientes consumidores de benzodiazepinas		1
Objetivo intermedio 2: Realizar actuaciones para el control y seguimiento de la adecuación de la prestación farmacéutica		
Indicador Entrevistas personales anuales		5
Indicador Entrevistas con cada Equipo del Centro de Salud		1
Indicador Remisión mensual a los profesionales de su perfil de prescripción		100%
Indicador Reuniones Comisión Mixta Territorial de seguimiento del Convenio con las farmacias		8





Responsable en SSCC: Carmen del Castillo Vázquez	
GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA	
Responsable: Vid. CRM, pág. 8	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Objetivo 2026
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	
Indicadores de calidad de prescripción	
Indicador % Consumo Envases de Prescripciones Principio Activo / Total Envases (% env PA / tot)	35
Indicador % DDD Insulina glargina A10AE04 / Total DDD insulinas prolongadas A10AE	89
Indicador % DDD Metformina+gliclazida+glimepirida+glipizida+repaglinida / Total DDD Antidiabéticos orales A10B	20
Indicador % DDD Atorvastatina+pravastatina+simvastatina / Total DDD agentes modificadores de los lípidos C10AA	53
Indicador % DDD Morfina+parches transdérmicos fentanilo / total DDD opioides mayores (buprenorfina+morfina+hidromorfona+fentanilo+oxicodona+petidina)	45
Indicador % DDD Omeprazol / total DDD inhibidores bomba protones A02BC	70
Indicador % DDD Antihipertensivos C09A+C09B / total DDD C09 (excluido C09DX04)	30
Indicador % DDD Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / Total DDD antidepresivos de 2ª generación	60
Indicador % DDD Cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD Antibióticos (J01) x100	5
Indicadores cuantitativos de la prescripción	
Indicador IPPaj = Importe por persona ajustado	1,85
Indicador RPPaj = Nº de recetas por persona ajustado	0,11
Indicador I/Raj= Importe € por receta ajustado	27,67
Objetivo intermedio 2. Realizar actuaciones para el control y seguimiento de la adecuación de la prestación farmacéutica	
Indicador Entrevistas personales anuales	5
Indicador Remisión mensual a los profesionales de su perfil de prescripción	100%
Objetivo 2: MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Indicador % Gasto compra biosimilares / total compras medicamentos	3
Objetivo 3: MEJORAR LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	
Indicador Reuniones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica	*
Indicador Actualización de la Guía Farmacoterapéutica bajo criterios de eficacia, seguridad, coste y necesidad	Anual
Indicador Registro en VALTERMED de pacientes sometidos a terapias avanzadas y CART	100%
Indicador Coordinación del Procedimiento de solicitud, gestión y seguimiento de Terapias Avanzadas y de alto impacto	100%

(*) Objetivo: Constituir la Comisión de Farmacia y Terapéutica





B. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

B. CONTINUIDAD ASISTENCIAL	
Responsable SSCC: Teresa García Ortiz	Responsable: Vid CRM, pág. 8
	OBJETIVO 2026
Objetivo 1: REVISAR CIRCUITO DE MONITORIZACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA A AP	
Indicador Remitir a la Subdirección General de Gestión Sanitaria (SGGS) el procedimiento / circuito	Enviar a SGGS
Objetivo 2: CONTINUAR CON EL PROGRAMA DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA	
Indicador Porcentaje de altas comunicadas a AP / total de altas hospitalarias	81%
Indicador Porcentaje de pacientes contactados en menos de 48 horas / total de altas comunicadas por el hospital a AP	81,5%
Indicador Porcentaje de pacientes con seguimiento y tratamiento protocolizado según el plan de cuidados recogido en el informe de alta	92,5%
Objetivo 3: FORMAR GRUPOS DE TRABAJO DE PROFESIONALES DE AP Y DE AH PARA ESTABLECER PROTOCOLOS CONJUNTOS	
Indicador Documentar las personas que forman los grupos de trabajo, y el calendario de reuniones con las conclusiones anuales	Enviar a SGGS
Indicador Realización protocolo de actuación conjunta: ASMA y EPOC	Enviar a SGGS
Indicador Realización protocolo de derivación de pacientes diabéticos a la consulta de endocrinología	Enviar a SGGS
Indicador Realización protocolo de actuación conjunta: CEFALEAS	Enviar a SGGS
Objetivo 4: EVALUAR CALIDAD DEL PARTE DE INTERCONSULTA	
Indicador Nº de partes interconsultas correctamente cumplimentados / evaluados	90%





C. ESTRATEGIAS DE SALUD

C.1. SALUD MENTAL

C.1 SALUD MENTAL	
Responsable SSCC: Teresa García Ortiz	Responsable: Vid. CRM, pág. 8
	OBJETIVO 2026
Objetivo 1: AVANZAR EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 2025-2027	
Indicador Nº de derivaciones realizadas a urgencias del Hospital con diagnóstico con ideación suicida	Monitorización y seguimiento
Indicador Nº de reuniones de los equipos de Atención Primaria con la Unidad de Salud Mental	2/año

C.2. ESTRATEGIA DE DIABETES

C.2 ESTRATEGIA DE DIABETES	
Responsable SSCC: Teresa García Ortiz	Responsable: Vid. CRM, pág. 8
	OBJETIVO 2026
Objetivo 1: IMPLEMENTACIÓN PROYECTO DE ATENCIÓN DIGITAL PERSONALIZADA (MINSAN). CASO DE USO DIABETES. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES TIPOS I Y II EN TRATAMIENTO CON BOMBAS DE INSULINA	
Indicador Nº de retinografías realizadas en AP cada dos años/total de pacientes con diagnóstico de diabetes	80%
Indicador Pacientes a los que se ha realizado exploración de pie y realización de ITB o IDB/Total de pacientes con diagnóstico de diabetes	80%

C.3. PLAN DE SALUD BUCODENTAL

C.3 PLAN DE SALUD BUCODENTAL (USB D)	
Responsable SSCC: Teresa García Ortiz	Responsable: Vid. CRM, pág. 8
	OBJETIVO 2026
Objetivo 1: CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD BUCODENTAL PARA LA AMPLIACIÓN DE CARTERA COMÚN EN EL SNS	
Indicador Monitorización de indicadores en población infanto-juvenil (0-14 años)	Monitorización y seguimiento
Indicador Nº de mujeres embarazadas atendidas en la USB D / Total de embarazadas	60%
Indicador Nº de consultas destinadas a pacientes oncológicos ocupadas / total de pacientes diagnosticados de procesos oncológicos de territorio cervicofacial	60%
Indicador Nº de pacientes con discapacidad reconocida igual o mayor del 33% atendidos en la USB D / Nº total de personas con valoración de grado de discapacidad reconocida igual o mayor del 33%	60%





C.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE

C.4 ESTRATEGIAS DE SALUD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Responsable en SSCC: Patricia Vargas Díaz

Responsable: Vid. CRM, pág. 8

		Objetivo 2026
Objetivo 1: IMPLANTAR UN PLAN DE SEGURIDAD (ELABORACIÓN, PUESTA EN MARCHA, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN) EN CADA CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL EN LOS DOS PRÓXIMOS AÑOS		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8		
Indicador	Elaboración del plan y desarrollo de las actividades necesarias para su puesta en marcha	Enviar informe a SGGS
Objetivo 2: FOMENTAR LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS PARA DISMINUIR LOS EFECTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8		
Objetivo intermedio 1: Prevención de la Infección asociada a la atención sanitaria: EPINE.		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8		
Indicador	Tasa Global de Prevalencia de Infección Hospitalaria:	≤7%
Indicador	Tasa de Infección Urinaria asociada a catéter vesical (Prevalencia)	≤2%
Indicador	Tasa de Infección Herida quirúrgica en Cirugía Limpia (Prevalencia)	≤3%
Indicador	Prevalencia de TBC nosocomial (adquirida en el Hospital)	0%
Indicador	Comparar nuestros resultados con EPINE (Hospitales similares)	Enviar Informe a SGGS
Objetivo intermedio 2: Prevención de la Infección asociada a la atención sanitaria en unidad de cuidados intensivos (Programas Zero)		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8		
Indicador	Tasa Global de Incidencia de Infección Hospitalaria:	≤6%
Indicador	Tasa de Infección Urinaria asociada a catéter vesical (Incidencia)	≤2%
Indicador	Tasa de Bacteriemia asociada a catéter IV en UCI (BRC)	≤3 BRC / 1000 DÍAS DE CVC
Indicador	Tasa de Infección Respiratoria asociada a ventilación mecánica (NAVM densidad de incidencia)	≤6 NAVM/1000 días ventilación mecánica
Objetivo intermedio 3: UPP incidencia dos meses y prevalencia EPINE		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8		
Indicador	Comparar nuestros resultados con datos nacionales incidencia	Enviar documento a SGGS
Objetivo 3: NOTIFICACIÓN, ESTUDIO, Y PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS MÁS PREVALENTES EN EL ÁREA SANITARIA, MEDIANTE SINASP		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8		
Indicador	Documentar nº y tipo de efectos adversos notificados.	Enviar Informe a SGGS
Indicador	% de efectos adversos notificados en los que se han aplicado medidas correctoras.	Enviar Informe a SGGS
Objetivo 4: IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ASISTENCIA SANITARIA		
Responsable: Vid. CRM, pág. 8 - Comisión Seguridad del Paciente		
Indicador	Implementar las recomendaciones para el uso seguro de medicamentos en el área sanitaria.	Enviar Informe del Servicio de Farmacia a SGGS
Indicador	% de pacientes quirúrgicos donde se ha realizado 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	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados.	<2%
Indicador	Documentar la puesta en marcha del Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) del Programa Nacional para el Control de Resistencias a Antibióticos (PRAN)	Actas reuniones/Enviar Informe a SGGS
Indicador	Documentar actividades de la Comisión de INGESA- C. Autónoma para Programa VIRAS en AP y VIRAG en AH.	Actas reuniones/Enviar Informe a SGGS





D. GESTIÓN TIC Y DESARROLLO DE PROYECTOS

D. UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
Responsable en SSCC: José María Vinagre	Responsable: Vid. CRM, pág. 8
Objetivo 2026	
Objetivo 1: COLABORAR EN LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROYECTOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
Indicador Nombrar responsables (técnico y clínico funcional) para colaborar con SSCC en Historia Clínica Digital	Responsables técnico y funcional
Indicador Nombrar responsables (técnico y clínico funcional) para colaborar con SSCC en el mantenimiento y evolución del sistema de información hospitalario (HCIS) y sus integraciones	Responsables técnico y funcional
Indicador Nombrar responsables (técnico y clínico funcional) para colaborar con SSCC en la actualización del software de cuidados críticos	Responsables técnico y funcional
Indicador Nombrar responsables (técnico y clínico funcional) para colaborar con SSCC en actualización del sistema de gestión económico financiero.	Responsables técnico y funcional
Indicador Nombrar responsables (técnico y clínico funcional) para colaborar con SSCC en el mantenimiento y evolución del sistema de información de atención primaria (eSIAP) y sus integraciones	Responsables técnico y funcional
Indicador Nombrar responsables (técnico y clínico funcional) para colaborar con SSCC en la implantación del portal del paciente y del profesional.	Responsables técnico y funcional
Indicador Asistencia a las reuniones internas de coordinación y seguimiento de proyectos TIC	Responsables técnico y funcional
Objetivo 2: TRANSFORMACIÓN DIGITAL	
Indicador Colaborar con SSCC para disponer de un inventario de integraciones actualizado y colaborar en las labores necesarias para aumentar este número	Inventario y actas de reuniones
Indicador Avanzar en la disponibilidad de los certificados de empleado público aumentando el registro de los usuarios	Número de empleados públicos con certificado > 10%
Indicador Registro de datos no automatizados y validación de la información necesaria en la herramienta informacional	Información disponible en el portal informacional
Objetivo 3: SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
Indicador Participar y promover las actividades de los comités de Seguridad de la Información	Actas y acciones
Indicador Validar procesos de altas y bajas de usuarios de sistemas de información	Responsables de RRHH





E. INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

- Como consecuencia de los compromisos adquiridos por el INGESA en virtud del *Convenio entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) para el control de la Incapacidad Temporal durante el periodo 2025 a 2028* (BOE número 22, de 25 de enero de 2025), así como del Plan de actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la IT y para la racionalización del gasto de dicha prestación en el INGESA, 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 Médica, cuales son: 1) El control del absentismo por Incapacidad Temporal. 2) La transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT, con calidad en los datos y en plazo. 3) La tramitación y contestación de las propuestas de Alta formuladas por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS). 4) La utilización de herramienta de análisis predictivo. Y 5) La potenciación de la formación en IT de los facultativos de AP y de los Médicos Internos Residentes (MIR).

E. GESTIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL	
Responsable en SSCC: Juan Álvarez Orejón	Responsable: Vid. CRM, pág. 8
	Objetivo 2026
Objetivo 1: CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS FIJADOS EN EL CONVENIO DE IT 2025-2028	
Indicador Duración Media por Asegurado (DMA) del total de trabajadores	1,5
Indicador Prevalencia de las Bajas (PB) del total de trabajadores	4,5
Objetivo 2: REDUCCIÓN DEL ABSENTISMO LABORAL EN LOS CENTROS PROPIOS DEL INGESA	
Indicador Duración Media por Asegurado (DMA) de las bajas personal propio	2,5
Indicador Prevalencia de las Bajas del personal propio.	8,0





F. CALIDAD ASISTENCIAL

F. CALIDAD DE LOS RESULTADOS EN ATENCIÓN SANITARIA

Responsable en SSCC: Esperanza Sánchez-Biezma del Pozuelo

Responsable: Vid. CRM, pág. 8

	Objetivo 2026
Objetivo 1: INDICADORES DE CALIDAD DEL BLOQUE QUIRÚRGICO	
Indicador % Intervenciones Quirúrgicas Programadas Suspendidas	<2.5% (<7% Estructurales)
Indicador Estancia Media preoperatoria (CMBD)	<1 programada <2 urgente
Indicador Mortalidad intraoperatoria por 100 altas	0%
Indicador Rendimiento del bloque quirúrgico: % Sumatorio Tiempos quirúrgicos / horas de quirófano disponible. Condicionado a cumplimiento objetivo LEQ	>65%
Objetivo 2: RESULTADOS CLAVE EN PRESTACIONES SANITARIAS	
Indicador 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 % de reingresos urgentes en la misma CDM en los primeros 30 días tras el alta	<2%
Indicadores Tasas de Mortalidad Intrahospitalaria global	<4%
Mortalidad post Intervención Quirúrgica (Global)	0% programada ≤3% urgente
Mortalidad tras fractura de cadera	< 5%
Mortalidad intrahospitalaria postinfarto	< 6%
Mortalidad intrahospitalaria por ICC	<5%
Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia intestinal	<4%
Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con neumonía	<5%
Tasa de mortalidad intrahospitalaria en procesos agudos en <65 años (hernia inguinal, hernia abdominal, apendicitis, asma, colelitiasis, colecistitis)	<2%
Indicador Tasa de amputaciones del miembro inferior (cualquier amputación) por 1.000 personas diabéticas incluidas en Programa de AP (código CMBD: principal o secundario)	<1 / 1000 diabéticos
Indicador % de Reingresos Global (separar % con y sin Obstetricia)	< 7%
% Reingreso Urgente tras cirugía programada	< 3%
% Reingreso Postinfarto (diferenciar los atendidos íntegramente por nosotros de los derivados a Andalucía)	<9%
% Reingreso Urgente post asma	<9%
Indicador % de Emergencias del 061 con tiempo de llamada/llegada < de 15 minutos	100%
Objetivo 3: CALIDAD PERCIBIDA	
Indicador % de Reclamaciones contestadas en 30 días	100%
Indicador % de pacientes satisfechos con el "trato personal recibido" en el hospital	>85%
Indicador % de Historias Clínicas que incluyen el CI (procesos/procedimientos establecidos: hemiorrafia inguinal y/o crural; legrado; amigdalectomía; prótesis de cadera; cataratas, resección transuretral; TC abdominal con contraste; cirugía menor ambulatoria en AP)	100%





GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

- Se incorporan al presente Acuerdo de Gestión tres objetivos vinculados a la planificación y ordenación de los recursos humanos en los servicios de salud, orientados a su adecuado dimensionamiento, distribución y estabilidad, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios.
- Los objetivos 1 y 2 aportan valor a la gestión de los recursos humanos al promover criterios de actuación que permitirán complementar, reforzar y asegurar, en cada ámbito respectivo, el cumplimiento de las medidas de limitación de la temporalidad de su personal, así como una actuación coordinada de los distintos órganos con competencia en materia de personal.

Con el Objetivo 1 se contribuye a limitar el número de nombramientos temporales realizados, fuera de plantilla orgánica, por causa de exceso o acumulación de tareas -artículo 9.1 c) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del personal estatutario de los servicios de salud; en adelante, Estatuto Marco-, modalidad apropiada únicamente, para satisfacer necesidades coyunturales y/o de refuerzo, siendo inadmisibles la cronificación del recurso a la misma para la realización de actividades permanentes.

El Objetivo 2 es perfectamente congruente con la voluntad de la organización de evitar el recurso a los nombramientos de interinidad por ejecución de programas temporales -artículo 9.1 b) del Estatuto Marco- siempre que existan plazas vacantes en la categoría profesional estatutaria de que se trate, toda vez que la utilización óptima y eficiente de las plantillas orgánicas se corresponde con la cobertura de las mismas en su dotación máxima.

- Finalmente, el Objetivo 3, Absentismo, da continuidad y actualiza al objetivo que, con similar orientación, se venía recogiendo en anteriores acuerdos de gestión, para afrontar eficazmente la etiología del absentismo, tanto por sus efectos económicos, ya sean costes directos -personal sustituto- ya lo sean indirectos -tiempo de adaptación de la persona sustituta, carga de trabajo extraordinaria que recae sobre el personal no ausente- como por su repercusión sobre la organización y cobertura de los servicios, en los procesos y procedimientos de trabajo, la calidad asistencial percibida y, en último término, la satisfacción misma de pacientes y usuarios.

El análisis causal de los procesos de Incapacidad Temporal (IT), con especial atención a los debidos a contingencias profesionales, reviste el mayor interés organizacional, no sólo habida cuenta de su mutua interacción con las condiciones de trabajo y sus conexos factores psicosociales y/o riesgos para la salud, sino también a fin de diseñar estrategias de prevención ajustadas a la realidad de cada caso, lugar y momento, para la mejora continua de los modelos de evaluación y planificación, más eficaces y efectivos, en el marco del sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales, el cual deberá ser objeto de la debida consideración para la evaluación del cumplimiento del objetivo.

- Los Objetivos 1 y 3 comprenden un componente cuantitativo y otro cualitativo, ambos con el mismo peso para la evaluación de su cumplimiento.





OBJETIVO 1

NÚMERO DE JORNADAS CORRESPONDIENTES A NOMBRAMIENTOS TEMPORALES EN LA MODALIDAD DE EXCESO O ACUMULACIÓN DE TAREAS

- Componente CUANTITATIVO: Dicho número de jornadas no superará, en el año natural 2026, la media de sus tres ejercicios precedentes, minorada un 12,5%. Para la evaluación positiva del objetivo marcado se reconoce, un margen de tolerancia, adicional, del 10%.
- Componente CUALITATIVO: Todas las solicitudes interesando la autorización previa de la formalización de nombramientos temporales en la precitada modalidad deberán ser acompañadas del correspondiente informe justificativo, debidamente motivado, con detalle explicativo, al menos, de las causas de su necesidad en cada caso, del volumen y duración de la actividad que se debe afrontar, de la imposibilidad para hacerlo con los recursos existentes, así como de cualesquiera otros factores y circunstancias que se consideren relevantes o de necesaria valoración. Dichos informes deberán ser suscritos, al menos, por la persona responsable del área, servicio o unidad correspondiente, por un responsable directivo de la división asistencial de que se trate (Dirección Médica o Dirección de Enfermería) y visados por un responsable directivo de la Dirección de Gestión de cada área de salud.

ÁREA DE SALUD DE LA CIUDAD DE CEUTA: NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA		
Indicador de cumplimiento del COMPONENTE CUANTITATIVO	Número de jornadas derivadas de nombramientos de personal estatutario temporal en la modalidad de exceso o acumulación de tareas en el rango	8,66 - 10,59
Indicador de cumplimiento del COMPONENTE CUALITATIVO	Informe de conformidad librado por el área de RRHH (Personal Estatutario) de los Servicios Centrales del INGESA	

ÁREA DE SALUD DE LA CIUDAD DE CEUTA: NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA		
Indicador de cumplimiento del COMPONENTE CUANTITATIVO	Número de jornadas derivadas de nombramientos de personal estatutario temporal en la modalidad de exceso o acumulación de tareas en el rango	31,47 – 38,46
Indicador de cumplimiento del COMPONENTE CUALITATIVO	Informe de conformidad librado por el área de RRHH (Personal Estatutario) de los Servicios Centrales del INGESA	





OBJETIVO 2

GESTIÓN DE LAS PLAZAS ESTRUCTURALES VACANTES

- DE NATURALEZA CUALITATIVA: No se formalizarán nombramientos temporales de interinidad en la modalidad de ejecución por programa cuando existan plazas vacantes libres en la categoría profesional estatutaria de que se trate y personas candidatas que cumplan los requisitos legalmente establecidos para su nombramiento de interinidad en dicha plaza vacante.

ÁREAS DE SALUD DE LAS CIUDADES AUTÓNOMAS DE CEUTA Y DE MELILLA: NIVELES ASISTENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA	
Indicador de cumplimiento	Informes de conformidad, librados trimestralmente, por el área de RRHH (Personal Estatutario) de los Servicios Centrales del INGESA, con detalle de la cobertura de las plazas vacantes para cada categoría profesional y tipo de nombramiento

OBJETIVO 3

ABSENTISMO

- Componente CUANTITATIVO: El porcentaje de absentismo no superará, en el año natural 2026, la media de sus tres ejercicios precedentes, minorada un 12,5%. Para la evaluación positiva del objetivo marcado se reconoce, un margen de tolerancia, adicional, del 10%.
- Componente CUALITATIVO: La Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Gestión librarán sendos informes justificativos, debidamente motivados, con detalle explicativo, al menos, de las acciones y medidas adoptadas en sus ámbitos respectivos que hayan posibilitado o favorecido el cumplimiento del presente objetivo, así como, en su caso, de las causas que lo hayan impedido u obstaculizado, refiriendo, si procede, en ambos casos, cualesquiera otros factores y circunstancias que se consideren relevantes o de necesaria valoración.

ÁREA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MELILLA: NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA		
Indicador de cumplimiento CRITERIO CUANTITATIVO	% absentismo personal facultativo en el rango	7,80 – 9,53
	% absentismo personal sanitario no facultativo en el rango	9,49 – 11,60
	% absentismo personal no sanitario en el rango	9,84 – 12,02
Indicador de cumplimiento CRITERIO CUALITATIVO	Certificación, por el área de RRHH (Personal Estatutario) de los Servicios Centrales del INGESA, de la recepción de los informes justificativos	





ÁREA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MELILLA: NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA		
Indicador de cumplimiento CRITERIO CUANTITATIVO	% absentismo personal facultativo en el rango	3,30 – 4,04
	% absentismo personal sanitario no facultativo en el rango	12,20 – 14,92
	% absentismo personal no sanitario en el rango	12,05 – 14,72
Indicador de cumplimiento CRITERIO CUALITATIVO	Certificación, por el área de RRHH (Personal Estatutario) de los Servicios Centrales del INGESA, de la recepción de los informes justificativos	





GESTIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA

LÍNEAS DE ACTUACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERAS

- La Dirección de INGESA, de acuerdo con los medios económicos disponibles, asigna a la Dirección Territorial y a la Gerencia de Atención Sanitaria los recursos financieros precisos para el desarrollo de sus programas y el cumplimiento de sus objetivos asistenciales.
- La Dirección Territorial y la Gerencia de Atención Sanitaria deberán ajustar, necesariamente, 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 o de suministros, entre otros, para los que no disponga de dotación presupuestaria, sin que previamente exista autorización de la Dirección del INGESA.
En el caso de que se produzca alguna modificación durante el presente ejercicio, relativa a la no disponibilidad de créditos, dicha modificación será repercutida como en cada caso corresponda.
- En la financiación de la Gerencia de Atención Sanitaria no se encuentran incluidos los presupuestos de docencia (personal en formación para su especialización mediante el sistema de residencia: MIR, EIR, etc.), 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, con la excepción de la *Productividad Variable* por cumplimiento de objetivos, las cuotas a la Seguridad Social, y otros gastos que a tal efecto se puedan determinar.
- Los objetivos e indicadores más específicos que deben implementarse para la asignación eficiente de los recursos económicos se recogen en las tablas detalladas a continuación.

ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO I.

Se pretende mejorar la utilización de los recursos económicos de la Entidad en Capítulo I, realizando un doble control:

- a) Por un lado, sobre el gasto anual realizado en Capítulo I (sin cuotas a la Seguridad Social); para ello se tendrán en cuenta las obligaciones reconocidas a final de ejercicio, y se establece un límite de gasto anual al que se compromete la Gerencia.

Dentro de ese límite no se tienen en cuenta ni las cuotas de la Seguridad Social, ni la Productividad Variable por cumplimiento de objetivos.

En el caso de aprobarse, a lo largo del ejercicio 2026, una actualización retributiva, se tendrá en cuenta en el límite de gasto anual, incrementándose éste en la cuantía que corresponda.

- b) Por otro lado, sobre el uso de los créditos para consignar los cambios de imputación (epígrafe 153), que deberá reducirse.





1. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO I - MELILLA

		OBJETIVO 2026 (en miles de euros)
OBJETIVO 1 (CAPÍTULO I)	Asignación eficiente de los recursos económicos en materia de personal	
Indicador	Control sobre el Presupuesto anual asignado en Capítulo I, según las obligaciones reconocidas en SICOSS-PROSA.	
Indicador	Atención Primaria	≤ 14.690,19
Indicador	Atención Hospitalaria	≤ 50.919,48
Indicador	Control sobre el uso de los cambios de imputación (epígrafe 153), según las peticiones mensuales de dotación de crédito de los centros para la confección de la nómina, para su reducción paulatina.	
Indicador	Atención Primaria	≤ 16,31
Indicador	Atención Hospitalaria	≤ 359,29

ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO II, GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS.

En la búsqueda de una gestión eficiente y de un grado de ejecución de los créditos próximo al 100%, se va a realizar un doble control de los gastos corrientes en bienes y servicios:

- Por un lado, sobre el gasto anual realizado en Capítulo II, teniendo en cuenta las obligaciones reconocidas a final de ejercicio, y estableciendo un límite de gasto anual al que se compromete la Gerencia.
- Por otro lado, sobre el control adecuado del procedimiento de gasto y tramitación de facturas, persiguiendo la reducción de los remanentes de crédito existentes a final del ejercicio tratando de alcanzar un grado de ejecución presupuestaria lo más próximo posible al 100%, todo ello como signo de una adecuada planificación y gestión de los recursos.

2. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO II, GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS - MELILLA

		OBJETIVO 2026 (en miles de euros)
OBJETIVO 2 (CAPÍTULO II)	Asignación eficiente de los recursos económicos en materia de gastos corrientes en bienes y servicios	
Indicador	Control sobre el Presupuesto anual asignado en Capítulo II, según las obligaciones reconocidas en SICOSS-PROSA	
Indicador	Atención Primaria	≤ 4.430,61
Indicador	Atención Hospitalaria	≤ 37.645,23
Indicador	Control adecuado del procedimiento de gasto y tramitación de facturas, atendiendo a los remanentes de crédito en SICOSS-PROSA, para la reducción paulatina de dichos remanentes	
Indicador	Atención Primaria	MÁXIMO 90,00
Indicador	Atención Hospitalaria	MÁXIMO 500,00





REDUCCIÓN DE LOS GASTOS DEL CAPÍTULO III, GASTOS FINANCIEROS.

Para minimizar los gastos financieros, se deberá realizar un control exhaustivo de la tramitación del pago de las facturas, de forma que se reduzca el gasto en el Capítulo III al mínimo posible, debiendo tender a cero.

Para mejorar la eficiencia en la tramitación del pago de las facturas, se deberá realizar un control exhaustivo de la tramitación del pago de las mismas, de forma que se hagan efectivas dentro de los plazos establecidos.

La Gerencia dispone de dos posibles vías para alcanzar dicho objetivo:

- A los efectos de disponer de un plazo de 60 días naturales para materializar el pago podrían incluir en los contratos que se tramiten, el plazo de 30 días naturales para la conformidad, más 30 días naturales para realizar el pago.
- Igualmente, se podrían aprobar las correspondientes certificaciones de conformidad, en el plazo establecido en el artículo 198.4 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, dentro de los 30 días siguientes a la entrega efectiva de los bienes o prestación del servicio, ya que se incurre en mora si no se efectúa el pago de la factura en los 30 días siguientes al de su presentación en registro administrativo correspondiente, o al de su certificación de conformidad, si esta se produce después de presentada la factura en registro.

3. REDUCCIÓN DE LOS GASTOS DEL CAPÍTULO III, GASTOS FINANCIEROS - MELILLA		
		OBJETIVO 2026 (en miles de euros)
OBJETIVO 3 (CAPÍTULO III)	Reducción de gastos financieros	
Indicador	Control sobre el Presupuesto anual asignado en Capítulo III, según las obligaciones reconocidas en SICOSS-PROSA.	
Indicador	Atención Primaria	0,00
Indicador	Atención Hospitalaria	≤ 0,47





ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO IV, TRANSFERENCIAS CORRIENTES.

En este punto, se pretende mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos económicos destinados a tiras reactivas, sensores, entregas por desplazamiento, prótesis y vehículos, entre otros.

En este sentido, la Gerencia de Atención Sanitaria y la Dirección Territorial se comprometen a reducir los remanentes de crédito que se vienen produciendo en los epígrafes presupuestarios que recogen los gastos anteriores.

4. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO IV, TRANSFERENCIAS CORRIENTES - MELILLA		
		OBJETIVO 2026 (en miles de euros)
OBJETIVO 4 (CAPÍTULO IV)	Asignación eficiente de los recursos económicos en materia de transferencias corrientes	
Indicador	Control adecuado del procedimiento de gasto en Atención Primaria (tiras reactivas, sensores, entre otros), según los remanentes en SICOSS-PROSA, para la reducción paulatina de dichos remanentes	MÁXIMO 100,00
Indicador	Control adecuado del procedimiento de gasto en Atención Especializada de la Dirección Territorial (entregas por desplazamiento, prótesis y vehículos), según los remanentes en SICOSS-PROSA, para la reducción paulatina de dichos remanentes	MÁXIMO 50,00

ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO VI, INVERSIONES REALES

Con el fin de lograr una correcta planificación y gestión de los recursos financieros en la realización de inversiones, que incide directamente en el procedimiento de contratación, se va a realizar un control sobre los remanentes existentes en el Capítulo VI al cierre del ejercicio.

5. ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL CAPÍTULO VI, INVERSIONES REALES - MELILLA		
		OBJETIVO 2026 (en miles de euros)
OBJETIVO 5 (CAPÍTULO VI)	Asignación eficiente de los recursos económicos en materia de inversiones reales	
Indicador	Control adecuado del procedimiento de contratación y gasto, según los remanentes en SICOSS-PROSA.	
Indicador	Atención Primaria	MÁXIMO 70,00
Indicador	Atención Hospitalaria	MÁXIMO 400,00





GESTIÓN ADECUADA DE LOS INGRESOS GENERADOS POR LA ENTIDAD

La Gerencia de Atención Sanitaria fomentará la gestión de los ingresos de recursos financieros derivados de la facturación por servicios prestados a terceros obligados al pago, en todos los supuestos contemplados en la normativa vigente.

Con el fin de mejorar los procedimientos de facturación y recaudación de ingresos por servicios prestados a terceros obligados al pago, los centros sanitarios se comprometen a exigir los derechos de cobro respectivos una vez realizada la codificación de las prestaciones realizadas y en los plazos establecidos por la Resolución de la Dirección del INGESA de 13 de marzo de 2025.

6. GESTIÓN ADECUADA DE LOS INGRESOS GENERADOS POR LA ENTIDAD - MELILLA		OBJETIVO 2026 (en miles de euros)
OBJETIVO 6 COBROS A TERCEROS	Gestión adecuada de los ingresos generados por la Entidad.	
Indicador	Control sobre liquidación y recaudación de los ingresos (Disp. Adicional 10ª TRLGSS), según los abonos realizados en la cuenta restringida de ingresos	
Indicador	Atención Primaria	≥ 250,00
Indicador	Atención Hospitalaria	≥ 3.500,00
Indicador	Control de ingresos por tipo de garante, según la información sobre liquidación/facturación, cobros y deudas pendientes remitida mensualmente por los centros.	
Indicador	Atención Primaria	Remisión periódica fichas
Indicador	Atención Hospitalaria	Remisión periódica fichas

RACIONALIZACIÓN Y TRANSPARENCIA EN COMPRA PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

La Gerencia de Atención Sanitaria se compromete a llevar a cabo una contratación basada en los acuerdos marco tramitados por los Servicios Centrales del INGESA, de conformidad con los procedimientos de adquisición centralizados a los que se refiere la Disposición Adicional Vigésimo Séptima de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

Todos los contratos de compra de medicamentos relacionados con Epoetinas, Factor VIII, y Biológicos con biosimilares, se tramitarán a través de contratos basados.

Por lo que se refiere a los productos sanitarios, en tanto en cuanto exista un acuerdo marco vigente, necesariamente se acudirá al mismo para la adquisición del producto sanitario de que se trate.

Con una periodicidad trimestral remitirá a los Servicios Centrales del INGESA la información de los contratos basados formalizados en dicho trimestre.





7. RACIONALIZACIÓN Y TRANSPARENCIA EN COMPRA PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS - MELILLA		
	OBJETIVO 2026 (en miles de euros)	
OBJETIVO 7	Racionalización y transparencia en compra pública de medicamentos y productos sanitarios	
Indicador	Contratación basada 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.	
Indicador	Atención Primaria	Información remitida a la Unidad de Contratación Centralizada del SNS
Indicador	Atención Hospitalaria	Información remitida a la Unidad de Contratación Centralizada del SNS





PRODUCTIVIDAD VARIABLE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Para la determinación del porcentaje a abonar a todo el personal al servicio de los centros e instituciones sanitarias del INGESA, así como al personal directivo de los mismos, por el concepto retributivo *Productividad Variable* por cumplimiento de los objetivos recogidos en el presente Acuerdo de Gestión, se estará, previo el correspondiente Informe de evaluación del cumplimiento del presente Acuerdo de Gestión a tales efectos, a lo que se establezca en las Resoluciones dictadas por la Dirección de este Instituto, o, en su caso, en los Pactos alcanzados con el mismo objeto como consecuencia del correspondiente proceso de negociación colectiva, de conformidad con la legislación vigente.

Melilla/Madrid, a la fecha de la firma

LA DIRECTORA GENERAL

Isabel Muñoz Machín

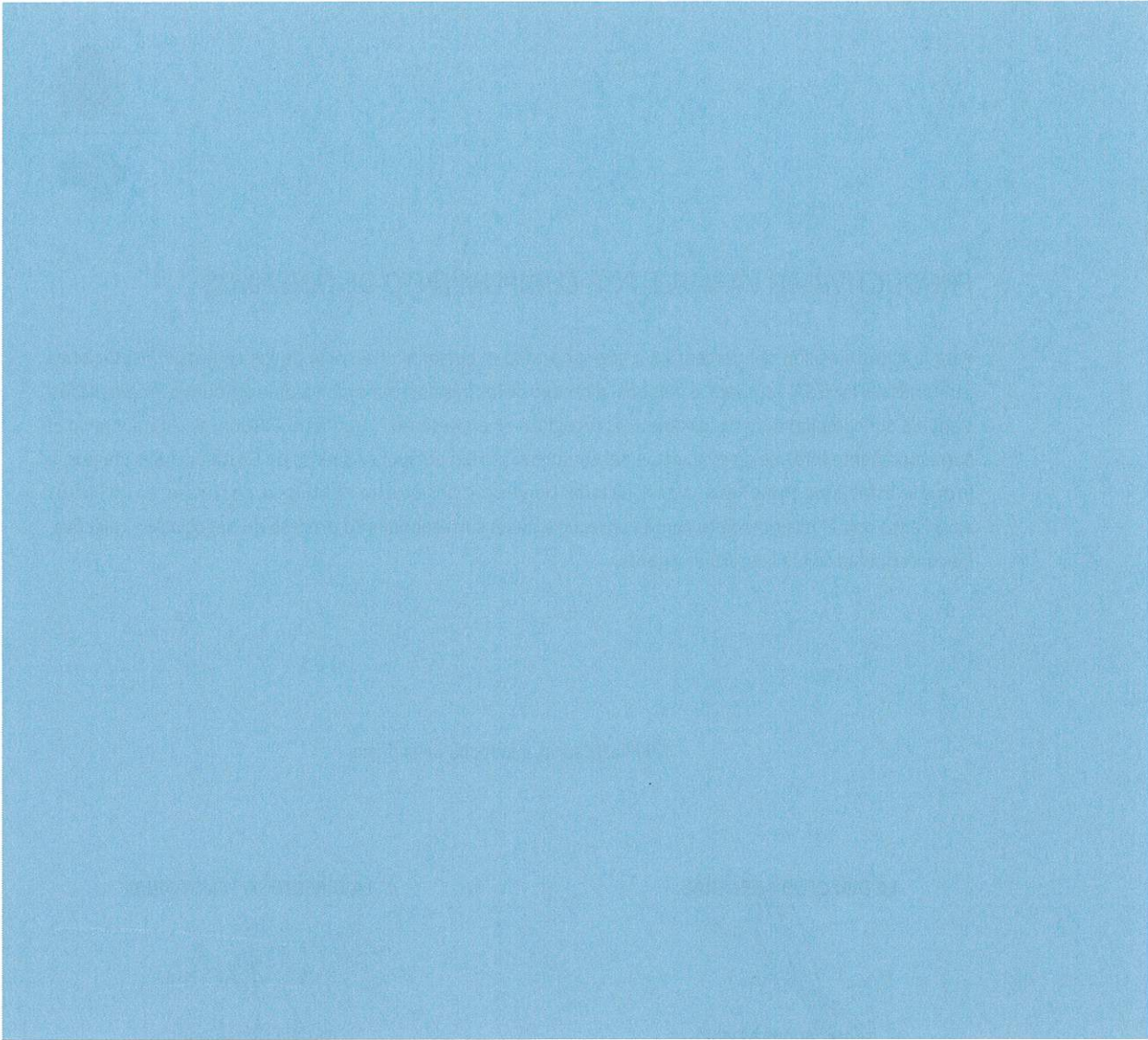
LA DIRECTORA TERRITORIAL

Natalia Mata Cadenas

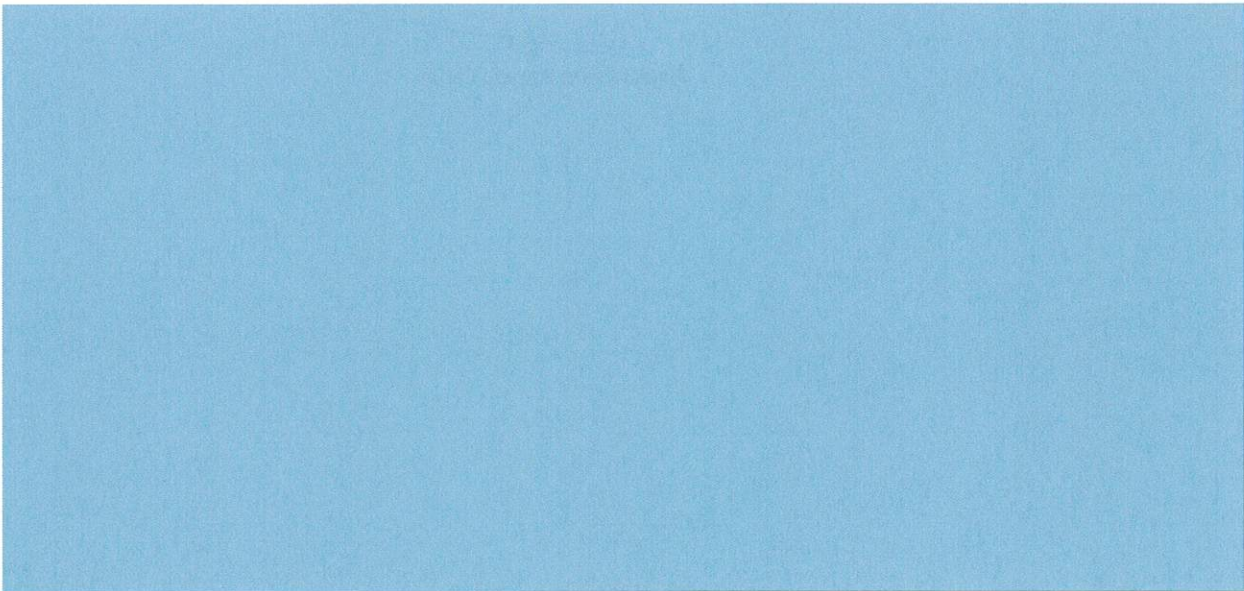
EL GERENTE DE ATENCIÓN SANITARIA DE MELILLA

Ángel Alberto Romero Cerón





MINISTERIO
DE SANIDAD



CSV : GEN-a9d2-9266-21bc-c692-a803-544f-f935-aadd

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsblF8yLcR>

FIRMANTE(1) : ANGEL ALBERTO ROMERO CERON | FECHA : 15/12/2025 23:55 | Sin acción específica

FIRMANTE(2) : NATALIA MILAGROSA MATA CADENAS | FECHA : 16/12/2025 16:16 | Sin acción específica

FIRMANTE(3) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 16/12/2025 16:21 | Sin acción específica

