



## INTRODUCCIÓN

Los acuerdos de gestión son una herramienta básica actualmente en nuestra organización. La evaluación de los indicadores que los conforman sirve para obtener resultados del desempeño de los diferentes departamentos, de sus unidades funcionales e inclusive de los profesionales a título individual. Así mismo permite establecer una relación con la productividad variable y con la carrera profesional. Sin embargo hay que señalar que los acuerdos de gestión son necesarios por si mismos, como lo es el desarrollo del Plan de Calidad o del Plan Estratégico.

Los Acuerdos de Gestión se iniciaron en el año 2004 y fueron evolucionando hasta la aparición en el año 2007 del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de la Salud. A partir de ese momento se establecieron una serie de indicadores que han sido la base de los diferentes Acuerdos de Gestión durante los últimos 6 años.

La definición de estos indicadores está contenida en el catálogo denominado BOOK DE INDICADORES, en la versión de Centros y Departamentos de Salud.

De dicho catálogo de indicadores se extraían cada año una serie de indicadores que conformaban los indicadores de los Acuerdos de Gestión.

A pesar del tiempo transcurrido y del desglose en cascada de los acuerdos de gestión en los departamentos de salud, hay que realizar un esfuerzo para conseguir que los profesionales conozcan los objetivos y metas de esta herramienta de gestión tan importante.

## ACUERDOS DE GESTIÓN 2013

En este momento se pretende incidir en la eficiencia del sistema para garantizar la sostenibilidad, mediante la contención del gasto y la mejora de la utilización de los recursos. Todo ello sin obviar la calidad y la seguridad en la atención al paciente.

Los anteriores acuerdos de gestión tenían una serie de características que hacen necesario su reformulación. En primer lugar consideramos que existía un elevado número de indicadores, en segundo lugar que los indicadores de gestión de los recursos económicos y humanos tenían poco peso en la puntuación a obtener, en tercer lugar se analizaban y evaluaban una vez transcurrido un año y en cuarto lugar no estaban en sintonía con las medidas del programa CAPAVANT de las Generalitat Valenciana.

En los nuevos Acuerdos de Gestión del 2013 se introducen una serie de cambios que se resumen en lo siguiente:

- Un total de 48 indicadores
- 29 indicadores procedentes del BOOK DE INDICADORES de Centros y Departamentos de Salud
- 19 indicadores nuevos o que se han modificado.
- Tres grandes agrupaciones de indicadores
  - A.- Calidad
  - B.- Asistenciales
  - C.- Gestión
- Independientemente de la evaluación anual de los Acuerdos de Gestión, se realizará el seguimiento de los resultados de los indicadores con periodicidad mensual.

- Las metas (objetivos a alcanzar son de tres tipos:
  - Comunes a todos los departamentos
  - Comunes a todos los departamentos; pero modulables
  - Específicas de cada departamento
- Puntuación específica para cada uno de los bloques y por lo tanto peso específico diferenciado para cada grupo de indicadores

| <b>Grupo de indicadores</b> | <b>Nº de indicadores</b> | <b>Peso</b> |
|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| Calidad                     | 9                        | 18 puntos   |
| Asistenciales               | 19                       | 30 puntos   |
| Gestión                     | 20                       | 52 puntos   |

Toda esta nueva estructura está en consonancia y por lo tanto se ha reformulado siguiendo las líneas establecidas en el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de la Salud del cual se adjunta el Mapa Estratégico en el Anexo I.

En el Anexo II, figuran la totalidad de las fichas (definición) de los 48 indicadores que se han incluido en los Acuerdos de Gestión 2013.

## OBJETIVOS.

---

## **A.- OBJETIVOS DE CALIDAD**

---

A.1.- Garantizar servicios de salud que satisfagan a las necesidades y expectativas de la población

A.2.- Proporcionar atención segura y apropiada

A.3.- Mejorar la disponibilidad de la información estratégica

---

## **B.- OBJETIVOS ASISTENCIALES**

---

- B.1.- Impulsar la prevención y promoción de la salud
- B.2.- Gestionar adecuadamente la demanda
- B.3.- Mejorar la accesibilidad
- B.4.- Prestar asistencia resolutive
- B.5.- Utilizar eficientemente los recursos asistenciales
- B.6.- Trasformar la oferta asistencial

---

## **C.- OBJETIVOS DE GESTIÓN**

---

C.1.- Aumentar ingresos

C.2.- Optimizar costes

## DISTRIBUCIÓN DE LOS INDICADORES POR GRUPOS

---

## A.- CALIDAD

---

## **A.1.- GARANTIZAR SERVICIOS DE SALUD QUE SATISFAGAN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN**

---

A.1.1.- Índice de satisfacción

A.1.2.- Mejorar los resultados de salud en los cuidados paliativos

A.1.3.- Tasa de reingreso a 30 días

## **A.2.- PROPORCIONAR ATENCIÓN SEGURA Y APROPIADA**

---

A.2.1.- Mortalidad en grupos de bajo riesgo

A.2.2.- Úlceras por presión

A.2.3.- Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo

A.2.4.- Tasa de sustitución ambulatoria

### **A.3.- MEJORAR LA DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA**

A.3.1.- Indicador de calidad de la información para el sistema de compensación intercentros (COMPAS)

A.3.2.- Indicador de calidad de utilización del SIP

---

## **B.- ASISTENCIALES**

---

## **B.1.- IMPULSAR LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

---

B.1.1.- Control de factores de riesgo cardiovascular

B.1.2.- Indicador de cobertura vacunal

B.1.2.1.- Cobertura de 3ª dosis de polio en el primer año de vida

B.1.2.2.- Cobertura de 4ª dosis de vacuna DTP

B.1.2.3.- Cobertura de 2ª dosis de vacuna triple vírica (TV)

B.1.2.4.- Cobertura de 6ª dosis de tétanos-difteria a los 14 años

B.1.2.5.- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 64 años

## **B.2.- GESTIONAR ADECUADAMENTE LA DEMANDA**

---

B.2.1.- Tasa de utilización poblacional de consultas de atención especializada

B.2.2.- Gestión de frecuentación en atención primaria

B.2.3.- Porcentaje de urgencias ingresadas

B.2.4.- Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias

### **B.3.- MEJORAR LA ACCESIBILIDAD**

---

B.3.1.- Demora en primeras consultas en atención especializada

B.3.2.- Porcentaje de pacientes con demora superior a 30 días para consultas de especializada

B.3.3.- Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días

B.3.4.- Demora media en procesos seleccionados

## **B.4.- PRESTAR ASISTENCIA RESOLUTIVA**

---

B.4.1.- Semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento tras la sospecha de cáncer de mama tras el cribado mamográfico

## **B.5.- UTILIZAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS ASISTENCIALES**

---

B.5.1.- Estancia media ajustada por casuística

B.5.2.- Rendimiento de bloque quirúrgico

## **B.6.- TRASFORMAR LA OFERTA ASISTENCIAL**

---

B.6.1.- Altas ponderadas en Unidades Hospitalización Domiciliaria

B.6.2.- Tasa de incidencia de diálisis domiciliaria

---

## C.- GESTIÓN

---

## **C.1.- AUMENTAR INGRESOS**

---

C.1.1.- Indicador de facturación y cobro

C.1.2.- Coste unitario del ingreso hospitalario ponderado

## **C.2.- OPTIMIZAR COSTES**

---

C.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en actividad concertada

C.2.2.- Indicadores de medicamentos dietoterapéuticos y ortoprótesis

C.2.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en endoprótesis

C.2.2.2.- Desviación del coste en endoprótesis

C.2.2.3.- Prescripción de exoprótesis a través de HERA

C.2.2.4.- Evolución del gasto de Capítulo II en adquisiciones de farmacia hospitalaria

C.2.2.5.- Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria

C.2.2.6.- Coste por paciente en patologías de alto impacto

C.2.2.7.- Importe por receta

C.2.2.8.- Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX)

C.2.2.9.- Índice de adhesión a las guías farmacoterapéuticas

C.2.2.10.- Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio

C.2.3.- Evolución del gasto de Capítulo II en material sanitario

C.2.4.- Evolución del resto del gasto corriente

C.2.5.- Evolución del gasto total de Capítulo I (plantilla)

C.2.6.- Evolución del gasto en sustituciones

C.2.7.- Evolución del gasto en guardias y atención continuada

C.2.8.- Evolución del gasto en actividad no concertada

C.2.9.- Gasto total por habitante estandarizado

## INDICADORES Y PUNTOS (PESO)

A.1.1.- Índice de satisfacción

A.1.2.- Mejorar los resultados de salud en los cuidados paliativos

A.1.3.- Tasa de reingreso a 30 días

A.2.1.- Mortalidad en grupos de bajo riesgo

A.2.2.- Úlceras por presión

A.2.3.- Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo

A.2.4.- Tasa de sustitución ambulatoria

A.3.1.- Indicador de calidad de la información para el sistema de compensación intercentros (COMPAS)

A.3.2.- Indicador de calidad de utilización del SIP

B.1.1.- Control de factores de riesgo cardiovascular

B.1.2.- Indicador de cobertura vacunal

B.2.1.- Tasa de utilización poblacional de consultas de atención especializada

B.2.2.- Gestión de frecuentación en atención primaria

B.2.3.- Porcentaje de urgencias ingresadas

B.2.4.- Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias

B.3.1.- Demora en primeras consultas en atención especializada

B.3.2.- Porcentaje de pacientes con demora superior a 30 días para consultas de especializada

B.3.3.- Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días

B.3.4.- Demora media en procesos seleccionados

B.4.1.- Semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento tras la sospecha de cáncer de mama mamográfico

B.5.1.- Estancia media ajustada por casuística

B.5.2.- Rendimiento de bloque quirúrgico

B.6.1.- Altas ponderadas en Unidades Hospitalización Domiciliaria

B.6.2.- Tasa de incidencia de diálisis domiciliaria

C.1.1.- Indicador de facturación y cobro

C.1.2.- Coste unitario del ingreso hospitalario ponderado

C.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en actividad concertada

C.2.2.- Indicadores de medicamentos dietoterapéuticos y ortoprótesis

C.2.3.- Evolución del gasto de Capítulo II en material sanitario

C.2.4.- Evolución del resto del gasto corriente

C.2.5.- Evolución del gasto total de Capítulo I (plantilla)

C.2.6.- Evolución del gasto en sustituciones

C.2.7.- Evolución del gasto en guardias y atención continuada

C.2.8.- Evolución del gasto en actividad no concertada

C.2.9.- Gasto total por habitante estandarizado

|  |  |   |
|--|--|---|
| A.1.1.- Índice de satisfacción                                     |  | 2 |
| A.1.2.- Mejorar los resultados de salud en los cuidados paliativos |  | 2 |

|  |  |     |
|--|--|-----|
| A.1.3.- Tasa de reingreso a 30 días  |  | 2   |
| A.2.1.- Mortalidad en grupos de bajo riesgo  |  | 2   |
| A.2.2.- Úlceras por presión  |  | 2   |
| A.2.3.- Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo   |  | 2   |
| A.2.4.- Tasa de sustitución ambulatoria  |  | 2   |
| A.3.1.- Indicador de calidad de la información para el sistema de compensación intercentros (COMPAS) |  | 2   |
| A.3.2.- Indicador de calidad de utilización del SIP  |  | 2   |
| B.1.1.- Control de factores de riesgo cardiovascular   |  | 2   |
| B.1.2.- Indicador de cobertura vacunal   | B.1.2.1.- Cobertura de 3ª dosis de polio en el primer año de vida  | 0,4 |
|  | B.1.2.2.- Cobertura de 4ª dosis de vacuna DTP                      | 0,4 |
|  | B.1.2.3.- Cobertura de 2ª dosis de vacuna triple vírica (TV)       | 0,4 |
|  | B.1.2.4.- Cobertura de 6ª dosis de tétanos-difteria a los 14 años  | 0,4 |
|  | B.1.2.5.- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 64 años | 0,4 |
| B.2.1.- Tasa de utilización poblacional de consultas de atención especializada                       |  | 2   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| B.2.2.- Gestión de frecuentación en atención primaria   |  | 2 |
| B.2.3.- Porcentaje de urgencias ingresadas  |  | 2 |
| B.2.4.- Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias  |  | 2 |
| B.3.1.- Demora en primeras consultas en atención especializada  |  | 2 |
| B.3.2.- Porcentaje de pacientes con demora superior a 30 días para consultas de especializada                               |  | 2 |
| B.3.3.- Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días   |  | 2 |
| B.3.4.- Demora media en procesos seleccionados  |  | 2 |
| B.4.1.- Semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento tras la sospecha de cáncer de mama tras el cribado mamográfico |  | 2 |
| B.5.1.- Estancia media ajustada por casuística  |  | 2 |
| B.5.2.- Rendimiento de bloque quirúrgico  |  | 2 |
| B.6.1.- Altas ponderadas en Unidades Hospitalización Domiciliaria   |  | 2 |
| B.6.2.- Tasa de incidencia de diálisis domiciliaria   |  | 2 |
| C.1.1.- Indicador de facturación y cobro  |  | 3 |

|  |   |   |
|--|---|---|
| C.1.2.- Coste unitario del ingreso hospitalario ponderado            |   | 2 |
| C.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en actividad concertada   |   | 3 |
| C.2.2.- Indicadores de medicamentos dietoterapéuticos y ortoprótesis | C.2.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en endoprótesis                                  | 3 |
|  | C.2.2.2.- Desviación del coste en endoprótesis  | 2 |
|  | C.2.2.3.- Prescripción de exoprótesis a través de HERA  | 2 |
|  | C.2.2.4.- Evolución del gasto de Capítulo II en adquisiciones de farmacia hospitalaria        | 3 |
|  | C.2.2.5.- Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria                            | 2 |
|  | C.2.2.6.- Coste por paciente en patologías de alto impacto                                    | 2 |
|  | C.2.2.7.- Importe por receta  | 3 |
|  | C.2.2.8.- Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX) | 2 |
|  | C.2.2.9.- Índice de adhesión a las guías farmacoterapéuticas                                  | 2 |
|  | C.2.2.10.- Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio              | 2 |
| C.2.3.- Evolución del gasto de Capítulo II en material sanitario     |   | 3 |
| C.2.4.- Evolución del resto del gasto corriente                      |   | 3 |

|   |  |   |
|---|--|---|
| C.2.5.- Evolución del gasto total de Capítulo I (plantilla)   |  | 3 |
| C.2.6.- Evolución del gasto en sustituciones                  |  | 3 |
| C.2.7.- Evolución del gasto en guardias y atención continuada |  | 3 |
| C.2.8.- Evolución del gasto en actividad no concertada        |  | 3 |
| C.2.9.- Gasto total por habitante estandarizado               |  | 3 |

## METAS AVS

---

## INDICADORES CON METAS COMUNES A TODOS LOS DEPARTAMENTOS

---

### B.1.2.- Indicador de cobertura vacunal

B.1.2.1.- Cobertura de 3ª dosis de polio en el primer año de vida

95%

B.1.2.2.- Cobertura de 4ª dosis de vacuna DTP

95%

B.1.2.3.- Cobertura de 2ª dosis de vacuna triple vírica (TV)

95%

B.1.2.4.- Cobertura de 6ª dosis de tétanos-difteria a los 14 años

85%

B.1.2.5.- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 64 años

60%

### C.1.1.- Indicador de facturación y cobro

superior al 62%

### C.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en actividad concertada

Reducción del gasto > 12%

C.2.2.- Indicadores de medicamentos dietoterapéuticos y ortoprótesis

C.2.2.1.- Evolución del gasto de Capítulo II en endoprótesis

$$\text{EGEN} \leq 80\%$$

C.2.2.2.- Desviación del coste en endoprótesis

$$\leq 1$$

C.2.2.3.- Prescripción de exoprótesis a través de HERA

$$\text{HERA} \geq 100\% \text{ en el último trimestre}$$

C.2.2.4.- Evolución del gasto de Capítulo II en adquisiciones de farmacia hospitalaria

$$\text{EGFH} \leq 90\% \text{ (reducción mínima de un 10\% en el gasto)}$$

C.2.2.5.- Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria

$$\text{EA} \leq 90$$

C.2.2.6.- Coste por paciente en patologías de alto impacto

$$\text{CAI} < 1$$

C.2.2.7.- Importe por receta

Alcanzar la cifra de la CCAA con menor importe por receta  
(Andalucía):  $\text{IR} \leq 11\text{€}$

C.2.2.8.- Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX)

$$\text{FIX} \geq 100\%$$

C.2.2.9.- Índice de adhesión a las guías farmacoterapéuticas

$$\text{AdGFAR} \geq 0,75 \text{ en el último trimestre}$$

C.2.2.10.- Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio

$$\text{PRM} 3\% \text{ en el último mes}$$

### C.2.8.- Evolución del gasto en actividad no concertada

Reducción del gasto >25 %

---

## INDICADORES CON METAS COMUNES MODULABLES A CADA

### DEPARTAMENTO

---

A.3.1.- Indicador de calidad de la información para el sistema de compensación intercentros (COMPAS)

4%

A.3.2.- Indicador de calidad de utilización del SIP

0,05

B.4.1.- Semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento tras la sospecha de cáncer de mama tras el cribado mamográfico

8

C.2.5.- Evolución del gasto total de Capítulo I (plantilla)

Aumento del gasto < 3%

C.2.6.- Evolución del gasto en sustituciones

Reducción del gasto > 17.5%

C.2.7.- Evolución del gasto en guardias y atención continuada

Reducción del gasto > 5,8 %

C.2.3.- Evolución del gasto de Capítulo II en material sanitario

Reducción del gasto >10 %

C.2.4.- Evolución del resto del gasto corriente

Reducción del gasto > 10%

---

## INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA DEPARTAMENTO

---

A.1.1.- Índice de satisfacción

A.1.2.- Mejorar los resultados de salud en los cuidados paliativos

A.1.3.- Tasa de reingreso a 30 días

A.2.1.- Mortalidad en grupos de bajo riesgo

A.2.2.- Úlceras por presión

A.2.3.- Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo

A.2.4.- Tasa de sustitución ambulatoria

B.1.1.- Control de factores de riesgo cardiovascular

B.2.1.- Tasa de utilización poblacional de consultas de atención especializada

B.2.2.- Gestión de frecuentación en atención primaria

B.2.3.- Porcentaje de urgencias ingresadas

B.2.4.- Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias

B.3.1.- Demora en primeras consultas en atención especializada

B.3.2.- Porcentaje de pacientes con demora superior a 30 días para consultas de especializada

B.3.3.- Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días

B.3.4.- Demora media en procesos seleccionados

B.5.1.- Estancia media ajustada por casuística

B.5.2.- Rendimiento de bloque quirúrgico

B.6.1.- Altas ponderadas en Unidades Hospitalización Domiciliaria

B.6.2.- Tasa de incidencia de diálisis domiciliaria

C.1.2.- Coste unitario del ingreso hospitalario ponderado

C.2.9.- Gasto total por habitante estandarizado

## CALENDARIO DE REUNIONES

Martes 29 enero

Lugar: Despacho Director de Gestión Sanitaria planta 6ª Consellería Sanidad

Hora: 09.00

Departamentos convocados:

Departamento de Vinaroz

Departamento de Castellón

Departamento de la Plana

Departamento de Sagunto

Departamento de Valencia-Clínico-Malvarrosa

Martes 29 enero

Lugar: Despacho Director de Gestión Sanitaria planta 6ª Consellería Sanidad

Hora: 17.00

Departamentos convocados:

Departamento de Valencia-Arnau de Vilanova-Liria

Departamento de Valencia-La Fe

Departamento de Requena

Departamento de Valencia-Hospital General

Departamento de Valencia-Doctor Peset

Miércoles 30 enero

Lugar: Despacho Director de Gestión Sanitaria planta 6ª Consellería Sanidad

Hora: 10.30

Departamentos convocados:

Departamento de Gandía

Departamento de Xativa-Ontinyent

Departamento de Alcoi

Departamento de la Marina Baixa

Departamento de Alicante-San Juan de Alicante

Miércoles 30 enero

Lugar: Despacho Director de Gestión Sanitaria planta 6ª Consellería Sanidad

Hora: 17.00

Departamentos convocados:

Departamento de Elda

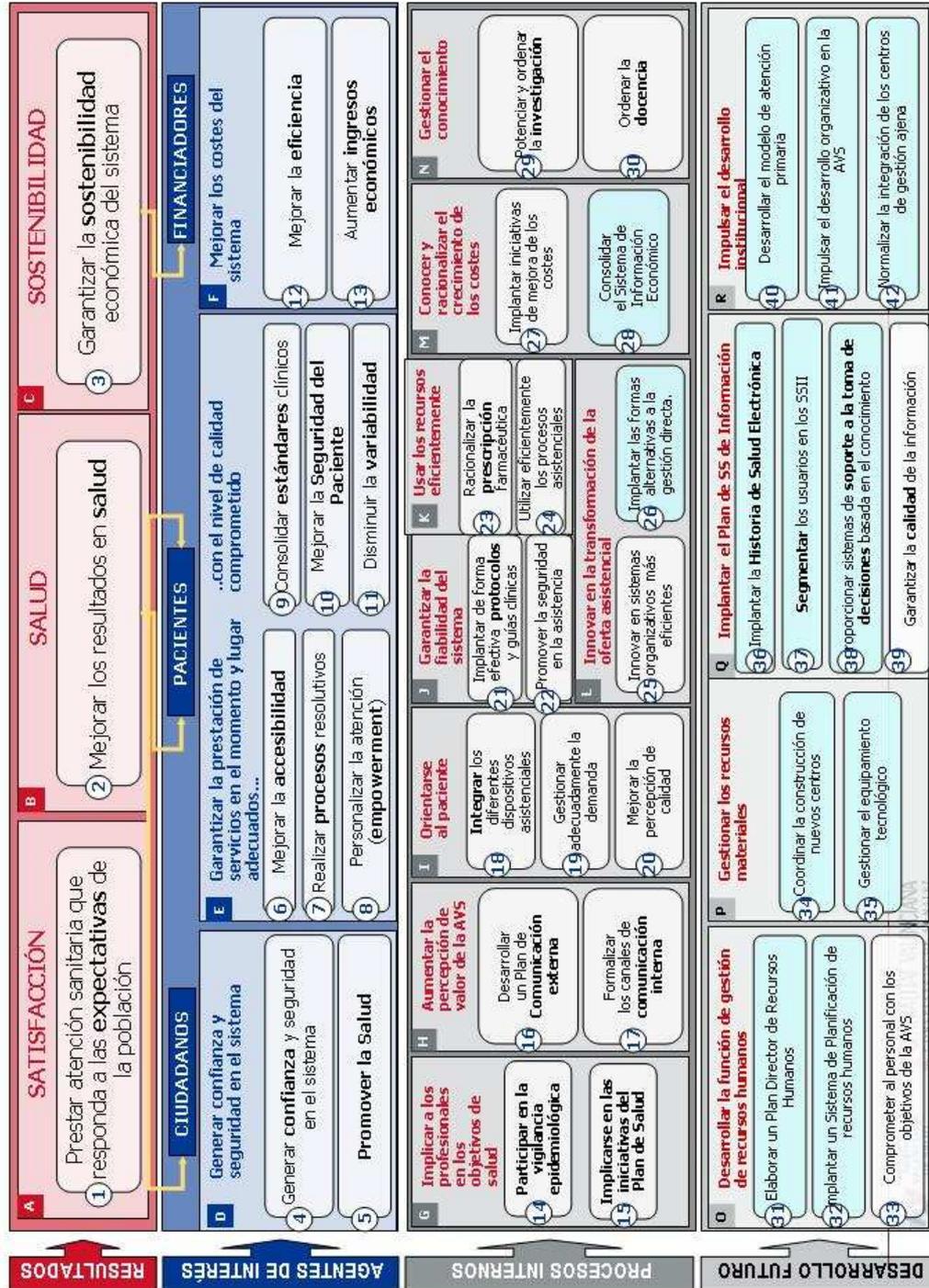
Departamento de Alicante-Hospital General

Departamento de Elx-Hospital General

Departamento de Orihuela

# ANEXO I

## MAPA ESTRATÉGICO AVS



## ANEXO II

### BOOK DE INDICADORES

**NOTA:** *En este documento se utiliza un número correlativo a efectos de ordenar los indicadores. Este número no corresponde a ningún código de los mismos. El código identificativo es el número que figura entre paréntesis al principio del literal de cada indicador.*

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>A.1.<br/>1</b>   | <b>Índice sintético de satisfacción</b>  |
| <b>Código</b>       | <b>132.01</b>  |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Satisfacción sintético</b>  |
| <b>Finalidad</b>    | Mejorar la satisfacción percibida por los pacientes en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios  |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Es el índice sintético obtenido de las encuestas de satisfacción de pacientes realizadas por la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente.</u></p> <p><u>Se mide combinando cinco índices de calidad percibida por el paciente, obtenidos de los datos de resultados de las encuestas de Opinión de Pacientes. Los índices de calidad percibida se calculan tanto para Asistencia Ambulatoria como para Asistencia Hospitalaria, y son los siguientes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Índice "Balance de la satisfacción"</u></li> <li>2. <u>Índice "Percepción de mejoras"</u></li> <li>3. <u>Índice "Calidad de la información"</u></li> <li>4. <u>Índice "Accesibilidad"</u></li> <li>5. <u>Índice "Confort"</u></li> </ol> <p><u>A estos indicadores se les añade la evaluación del cumplimiento de los objetivos definidos para cada departamento, de acciones conducentes a obtener la mejora de la satisfacción del paciente.</u></p> |
| <b>Fuente</b>       | Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente. PIGAP  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar  |
| <b>Notas</b>        | No aplica a Departamentos o Centros con masa crítica de encuestas insuficiente   |

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>A.1.</b>         | <b>Mejorar los resultados de salud en los cuidados paliativos</b>   |  |
| <b>2</b>            |   |  |
| <b>Código</b>       | <b>777.01</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Mejorar resultados de salud en cuidados paliativos</i></b>  |  |
| <b>Finalidad</b>    | Mejorar los resultados de salud de los pacientes con cuidados paliativos  |  |
| <b>Definición</b>   | <p>Es un indicador sintético, que se construye en base al cumplimiento de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (764.01) Codificación en hospitalización del código V66.7 (paciente paliativo).</li> <li>▪ (940.01) Implantación del programa de cuidados paliativos.</li> <li>▪ (806.01) Codificación en atención ambulatoria del código V66.7 (paciente paliativo).</li> <li>▪ (807.01) Utilización poblacional de opiáceos potentes.</li> </ul> |  |
| <b>Fuente</b>       | SASIS, SIA, DG de Farmacia y Productos Sanitarios y Dirección de Gestión Sanitaria  |  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar   |  |
| <b>Notas</b>        |   |  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>A.1.</b>         | <b>Tasa de reingresos a 30 días</b>   |
| <b>3</b>            |   |
| <b>Código</b>       | <b>883.01</b>   |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Reingresos a 30 días</b>   |
| <b>Finalidad</b>    | Monitorización y reducción de la recurrencia de hospitalizaciones por insuficiente resolución durante episodios previos   |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Total de reingresos urgentes, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio índice.</u></p>  <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>R30: Número de altas que tienen un ingreso, por cualquier causa, en los treinta días siguientes.</u></p> <p><u>N: Número total de altas durante el periodo para el que se calcula el indicador, excluyendo las altas con circunstancia de alta por fuga y traslados a otros hospitales de agudas.</u></p>                         |
| <b>Fuente</b>       | Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria. CMBD   |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar   |
| <b>Notas</b>        | <p><u>Incluye nuevos ingresos en los 30 días siguientes al del ingreso índice.</u></p> <p><u>Excluir:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. Los nuevos ingresos con circunstancia de ingreso programado o ingresos desde CMA (circunstancias de ingreso 2 y 3).</u></li> <li><u>2. Los nuevos ingresos con GRD con CDM 21 (lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos), 22 (quemaduras) y 25 (politraumatismos).</u></li> <li><u>3. Altas del ingreso índice con circunstancia de alta por alta voluntaria, fuga y traslados a otros hospitales de agudos.</u></li> </ol> |

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| <b>A.2.</b>         | <b>Mortalidad en grupos de bajo riesgo</b>   |  |
| <b>2</b>            |  |  |
| <b>Código</b>       | <b>46.01</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Éxitus en DRG baja mortalidad</b>   |  |
| <b>Finalidad</b>    | Extremar el celo en la monitorización y reducción de aquellos acontecimientos adversos que no son esperables por las características de los pacientes y/o los procedimientos   |  |
| <b>Definición</b>   | $EBM = 1000 \frac{Ex}{N}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>Ex: Número de éxitus en DRG con mortalidad &lt; 0,5% durante el periodo para el que se calcula el indicador.</u></p> <p><u>N: Número total de altas durante el periodo para el que se calcula el indicador.</u></p> |  |
| <b>Fuente</b>       | Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria. CMBD  |  |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar  |  |
| <b>Notas</b>        | Se calcula mediante Clinos.Cal.  |  |

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>A.2.</b>         | <b>Aplicación de la evaluación de riesgos en úlceras por presión</b>  |  |
| <b>3</b>            |   |  |
| <b>Código</b>       | <b>671.01</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b> | Riesgo de UPP   |  |
| <b>Finalidad</b>    | <u>Normalizar la aplicación del protocolo de evaluación en los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión</u>  |  |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Proporción de pacientes a los que se ha aplicado una escala de evaluación del riesgo de úlceras por presión.</u></p> $ERUPP = 100 \frac{ERUPP}{N}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>ERUPP: Número de pacientes a los que se ha practicado una evaluación de riesgo de úlceras por presión. Se considera como evaluación de úlceras por presión el empleo documentado de alguna escala formalizada.</u></p> <p><u>En los pacientes en riesgo de úlcera por presión, la aplicación de una escala de riesgo de úlceras por presión cómo la de Norton modificada por Insalud, la de Braden, la de EMINA o cualquier otra escala estandarizada de evaluación del riesgo de úlceras por presión.</u></p> <p><u>En los casos en que se decide la no utilización de alguna de éstas, la constancia en registro de la evaluación de al menos tres criterios de riesgo de los que aparecen en cualquiera de las escalas citada.</u></p> <p><u>N: Número total de pacientes hospitalizados en el momento considerado, discriminando aquellos de los que existe registro documental de la evaluación de los que no, expresándose N como:</u></p> <p><u>Pacientes con evaluación documentada + Pacientes excluidos de evaluación o sin documentar</u></p> <p><u>(Deberán aportarse ambos datos, aun en el caso de que uno de ellos sea igual a cero)</u></p> |  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente. Audit de prácticas seguras |
| <b>Sentido</b> | Maximizar  |
| <b>Notas</b>   | <u><a href="#">Sin notas</a></u>   |

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>A.2.</b>         | <b>Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo</b>   |  |
| <b>4</b>            |   |  |
| <b>Código</b>       | <b>634.02</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Tasa cesáreas bajo riesgo</b>  |  |
| <b>Finalidad</b>    | Incentivar el uso apropiado de las cesáreas   |  |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo de cesáreas respecto al total de partos de bajo riesgo de cesáreas.</u></p> $TCGBR = 100 \frac{CPBR}{PBR}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>CPBR: Número de cesáreas en partos con bajo riesgo de cesárea.</u></p> <p><u>Incluye:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>DRG = 370 o 371 o 650 o 651</u></li> <li>• <u>Edad &lt; 35 años</u></li> <li>• <u>Gestación, entre 37 y 41 semanas, o no informado</u></li> <li>• <u>Peso nacido, entre 2500 g. y 3999 g., o no informado</u></li> </ul> <p><u>Excluye:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Embarazo múltiple, cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 651* o V27.2 o V27.3 o V27.4 o V27.5 o V27.6 o V27.7 o (V31* a V37*)</u></li> <li>o <u>Sexo segundo nacido no nulo</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Presentación no cefálica:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 652.2* o 652.3* o 652.6* o 652.8* o 652.9* o 660*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Cesárea previa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 654.2*</u></li> </ul> </li> </ul> |  |

- Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta:

o D1 a D9 = 641.0\* o 641.1\* o 641.2\*

- Preeclampsia severa:

o D1 a D9 = 641.5\*

- Crecimiento intrauterino restringido:

o D1 a D9 = 764\* o 765.0\*

- Neoplasias:

o D1 a D9 entre 140\* y 239\*

- Infecciones:

o D1 a D9 = 647\*

- Miopía magna, trombofilias:

o D1 a D9 = 649.3\*

PBR: Número de partos con bajo riesgo de cesárea.

Incluye:

- DRG entre 370 y 375 o DRG entre 650 y 652
- Edad < 35 años
- Gestación, entre 37 y 41 semanas, o no informado
- Peso nacido, entre 2500 g. y 3999 g., o no informado

Excluye:

- Embarazo múltiple, cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:
  - o D1 a D9 = 651\* o V27.2 o V27.3 o V27.4 o V27.5 o V27.6 o V27.7 o (V31\* a V37\*)
  - o Sexo segundo nacido no nulo

|                |  |
|----------------|--|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Presentación no cefálica:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 652.2* o 652.3* o 652.6* o 652.8* o 652.9* o 660*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Cesárea previa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 654.2*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 641.0* o 641.1* o 641.2*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Preeclampsia severa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 641.5*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Crecimiento intrauterino restringido:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 764* o 765.0*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Neoplasias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 entre 140* y 239*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Infecciones:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 647*</u></li> </ul> </li> <li>• <u>Miopía magna, trombofilias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>D1 a D9 = 649.3*</u></li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Fuente</b>  | Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria. CMBD  |
| <b>Sentido</b> | Minimizar  |
| <b>Notas</b>   | Se calcula mediante Clinos.Cal.  |

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| <b>A.2.</b>         | <b>Tasa de sustitución ambulatoria</b>   |  |
| <b>5</b>            |  |  |
| <b>Código</b>       | <b>147.02</b>  |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Sustitución ambulatoria</b>   |  |
| <b>Finalidad</b>    | <u>Conocer la Cirugía Mayor Ambulatoria realizada en los centros, respecto a la que potencialmente se podría ambulatorizar.</u>  |  |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Porcentaje de las intervenciones potencialmente ambulatorizables intervenidas por cirugía mayor ambulatoria.</u></p> $TSA = 100 \frac{Icma}{NIPA}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>TSA: Tasa de sustitución ambulatoria</u></p> <p><u>Icma: Número de intervenciones quirúrgicas realizadas con cirugía mayor ambulatoria de los GRD potencialmente ambulatorizables.</u></p> <p><u>NIPA: Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas de los GRD potencialmente ambulatorizables.</u></p> |  |
| <b>Fuente</b>       | CMBD, SASIS.   |  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar  |  |
| <b>Notas</b>        | <u>Sin notas</u>   |  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>A.3.1</b>        | <b>Indicador de calidad de la información para el sistema de compensación intercentros (COMPÁS)</b>  |
| <b>Código</b>       | <b>21.02</b>   |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Calidad Información COMPÁS</b>  |
| <b>Finalidad</b>    | <u>Garantizar la calidad de la información que sirve de base a la captura de datos para el sistema de compensación intercentros, la facturación a terceros y la construcción de las cuentas de resultados de cada Departamento</u>   |
| <b>Definición</b>   |  <p><u>Siendo:</u></p>       |

|                |   |
|----------------|---|
|                | <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>ER:</u> <u>Número de episodios o registros rechazados en COMPÁS</u></p> <p><u>EA:</u> <u>Número total de episodios o registros aceptados en COMPÁS</u></p> <p></p> <p><u>: Indicador de calidad en hospitalización + UCSI</u></p> <p></p> <p><u>: Indicador de calidad en urgencias</u></p> <p></p> <p><u>: Indicador de calidad en consultas externas</u></p> <p></p> <p><u>: Indicador de calidad en farmacia dispensada a pacientes externos</u></p> <p></p> <p><u>: Indicador de calidad en radiodiagnóstico</u></p> <p></p> <p><u>: Indicador de calidad en actividad de primaria</u></p> |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Régimen Económico  |
| <b>Sentido</b> | Minimizar   |
| <b>Notas</b>   | <b><u>NO APLICA</u></b> <u>a Departamentos de Salud de La Ribera, Denia, Torrevieja, Manises y Elx-Crevillent.</u>  |

| <b>A.3.2 Indicador de calidad en la utilización del SIP</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>   | <b>142.02</b>   |
| <b>Nombre corto</b>   | <b>Calidad SIP</b>  |
| <b>Finalidad</b>  | <u>El SIP es clave en todos los sistemas de información asistenciales, por lo que su correcto mantenimiento y utilización es fundamental. Se pretende, por tanto, incentivar el buen uso del SIP</u>  |
| <b>Definición</b>   | $SIP = \frac{1}{7} \left( \frac{4D}{AT} + \frac{2AV}{AT} + \frac{(RN - TN)}{RN} \right)$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>D: Número de duplicados en la base de datos del SIP detectados durante el año imputables al Departamento.*</u></p> <p><u>AV: Número de altas en SIP cuya modalidad es S-N-1 (No acreditados) dadas en el Departamento durante el año (hasta 15 días después del alta).</u></p> <p><u>AT: Número total de altas en SIP dadas en el Departamento durante el año.</u></p> <p><u>TN: Número de tarjetas de plástico entregadas a niños nacidos en el Departamento durante el año.</u></p> <p><u>RN: Número de niños nacidos en el Departamento durante el año.</u></p> <p><u>* Se considerará duplicados si se detecta un registro duplicado por parte del SIP de forma independiente a la situación de empadronamiento del/los registro/s. Se imputará siempre al número SIP más alto, pues es ese siempre el generador del duplicado y de forma independiente que esté de alta o de baja en el SIP en el momento de la detección.</u></p> |
| <b>Fuente</b>   | <u>Dirección de Gestión Sanitaria - Desarrollo Estratégico y Acuerdos de Gestión en base a información del Servicio de Aseguramiento Sanitario.</u>   |
| <b>Sentido</b>  | Minimizar   |
| <b>Notas</b>  | Sin notas   |



| <b>B.1.1 Control de factores de riesgo cardiovascular</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>   | <b>959.01</b>   |
| <b>Nombre corto</b>                                       | <b>Control cardiovascular</b>   |
| <b>Finalidad</b>  | <a href="#"><i>Mejorar el control de las patologías cardiovasculares</i></a>  |
| <b>Definición</b>   | <p>Es un indicador sintético que consta de los indicadores 839.01 Control de hipertensión y 840.01 Control de diabetes, incluidos en el apartado de indicadores específicos. Se calculará del siguiente modo:</p> $\text{CRCV} = 0.5 * (\text{Resultado Control Diabetes}) + 0.5 * (\text{Resultado Control Hipertensión})$ |
| <b>Fuente</b>   | <a href="#"><i>Abucasis</i></a>   |
| <b>Sentido</b>  | Maximizar   |
| <b>Notas</b>  | <a href="#"><i>Sin notas</i></a>  |

| <b>B.1.2.1</b>      |  | <b>Indicador de Cobertura vacunal de polio en el primer año de vida</b> |  |
|---------------------|--|---|--|
| <b>Código</b>       | <b>605.02</b>  |   |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Cobertura de tercera dosis de polio en el primer año de vida</i></b>   |   |  |
| <b>Finalidad</b>    | <i>Evaluar la adhesión al programa de vacunación infantil</i>  |   |  |
| <b>Definición</b>   | <p><i>Porcentaje de niños con cobertura de vacunación de las dosis vacunales de Polio a los 12 meses.</i></p> $CV = 100 \frac{N_{V1}}{N1}$ <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>CV: Cobertura vacunal.</i></p> <p><i>NV1: Niños de 12 meses adscritos al departamento que han recibido la tercera dosis de vacuna frente a la polio.</i></p> <p><i>N1: Población de 12 meses adscrita al departamento.</i></p> |   |  |
| <b>Fuente</b>       | <i>Dirección General de Salud Pública. Sistema de Información Vacunal (SIV) y Sistema de Información Poblacional (SIP).</i>  |   |  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar  |   |  |
| <b>Notas</b>        | Sin notas  |   |  |

| <b>B.1.2.2</b>      |  | <b>Indicador de Cobertura vacunal DTP a los 24 meses</b> |  |
|---------------------|--|--|--|
| <b>Código</b>       | <b>607.02</b>  |  |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Cobertura de 4ª dosis de vacuna DTP</b>   |  |  |
| <b>Finalidad</b>    | <i>Evaluar la adhesión al programa de vacunación infantil</i>  |  |  |
| <b>Definición</b>   | <p><i>Porcentaje de niños con cobertura de vacunación de las dosis vacunales de DTP a los 24 meses.</i></p> $CV = 100 \frac{N_{V3}}{N3}$ <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>CV: Cobertura vacunal.</i></p> <p><i>NV3: Niños de entre 12 y 23 meses adscritos al departamento que han recibido la cuarta dosis de vacuna frente a la DTP.</i></p> <p><i>N3: Niños de entre 12 y 23 meses adscritos al departamento.</i></p> |  |  |
| <b>Fuente</b>       | <i>Dirección General de Salud Pública. Sistema de Información Vacunal (SIV) y Sistema de Información Poblacional (SIP).</i>  |  |  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar  |  |  |
| <b>Notas</b>        | Sin notas  |  |  |

| <b>B.1.2.3</b>      |   | <b>Indicador de Cobertura de segunda dosis de vacuna Triple Vírica</b> |
|---------------------|---|--|
| <b>Código</b>       | <b>606.02</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Cobertura vac. 2ª dosis Triple Vírica</i></b>   |  |
| <b>Finalidad</b>    | <i><u>Evaluar la adhesión al programa de vacunación infantil</u></i>  |  |
| <b>Definición</b>   | <p><i><u>Porcentaje de niños con cobertura de vacunación de las dosis vacunales de triple vírica a los 12 meses.</u></i></p> $CV = 100 \frac{N_{V2}}{N2}$ <p><i><u>Dónde:</u></i></p> <p><i><u>CV: Cobertura vacunal.</u></i></p> <p><i><u>NV2: Número de niños que reciben la segunda dosis de vacuna TV entre los tres y los siete años de vida.</u></i></p> <p><i><u>N2: Total niños de seis años de vida.</u></i></p> |  |
| <b>Fuente</b>       | <i><u>Dirección General de Salud Pública. Sistema de Información Vacunal (SIV) y Sistema de Información Poblacional (SIP).</u></i>  |  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar   |  |
| <b>Notas</b>        | Sin notas   |  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>B.1.2.4</b>      | <b>Indicador de Cobertura de sexta dosis de Tétanos-difteria a los 14 años</b>  |
| <b>Código</b>       |   |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Cobertura vac. 6ª dosis Tétanos-difteria</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>    | <i>Evaluar la adhesión al programa de vacunación infantil</i>   |
| <b>Definición</b>   | <p><i>Porcentaje de niños con cobertura de vacunación de las dosis vacunales de tétanos-difteria a los 14 años.</i></p> $CV = 100 \frac{N_{V2}}{N2}$ <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>CV: Cobertura vacunal.</i></p> <p><i>NV2: Número de niños que reciben al menos una dosis de vacuna Td entre los doce y los diez y seis años de vida.</i></p> <p><i>N2: Total niños de catorce años de vida.</i></p> |
| <b>Fuente</b>       | <i>Dirección General de Salud Pública. Sistema de Información Vacunal (SIV) y Sistema de Información Poblacional (SIP).</i>   |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar   |
| <b>Notas</b>        | Sin notas   |

| <b>B.1.2.5 Cobertura vacunal del virus de la gripe en mayores de 64 años</b> |   |
|--|---|
| <b>Código</b>  | <b>844.03</b>   |
| <b>Nombre corto</b>  | <b>Vacunación gripe</b>   |
| <b>Finalidad</b>   | Evaluar la adhesión al programa de vacunación antigripal  |
| <b>Definición</b>  | <p><u>Porcentaje de mayores de 64 años con cobertura de vacunación de las dosis vacunales del virus de la gripe en mayores de 64 años.</u></p> $CV = 100 \frac{N_{V2}}{N2}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>CV:</u> Cobertura vacunal.</p> <p><u>NV2:</u> Número de personas de mas de 64 años de edad que reciben la vacunación antigripal.</p> <p><u>N2:</u> Total mayores de 64 años de vida.</p> |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Salud Pública. Sistema de Información Vacunal (SIV) y Sistema de Información Poblacional (SIP).  |
| <b>Sentido</b>   | Maximizar   |
| <b>Notas</b>   | Sin notas   |

| <b>B.2.1 Tasa de utilización poblacional de consultas de atención especializada</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>   | <b>159.02</b>   |
| <b>Nombre corto</b>   | <b>Utilización especializada</b>  |
| <b>Finalidad</b>  | Disminuir la utilización inapropiada de las consultas de atención especializada   |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Es la suma ponderada del número de pacientes vistos en consultas externas. La ponderación se realiza de la siguiente manera: Se reponderan las especialidades de cada departamento, de modo que los pesos de las especialidades de cada departamento sumen siempre 1. Es decir, se calculan unos nuevos pesos P' como el cociente entre el peso original de la especialidad y la suma total de pesos de las especialidades del departamento:</u></p> $P_i' = \frac{P_i}{\sum P_j}$ <p><u>A continuación se calcula el indicador con los nuevos pesos:</u></p> $DCE = \frac{1}{N} \sum P_i' C_i$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>Ci: Pacientes vistos en consultas externas (centro de especialidades y hospital) de la especialidad i.</u></p> <p><u>Pi: Peso de la especialidad i en el conjunto de la Comunidad Valenciana.</u></p> <p><u>N: Población SIP adscrita al Departamento de Salud: empadronados y no empadronados de más de 1 mes. Se tomará dicha población como la media de las poblaciones obtenidas a lo largo de los 12 meses del año.</u></p> |
| <b>Fuente</b>   | Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria   |
| <b>Sentido</b>  | Minimizar   |
| <b>Notas</b>  | <u>Aunque buena parte de la bibliografía considera como hiperfrecuentación el</u>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p><u>número de 8 o más visitas año, se ha optado por más de 12 dadas las características de hiperfrecuentación generalizada habituales de nuestro país. Este estándar podría ir ajustándose progresivamente.</u></p> |
|--|---|

| <b>B.2.2</b>        |  | <b>Gestión de la frecuentación en atención primaria</b> |  |
|---------------------|--|---|--|
| <b>Código</b>       | <b>670.03</b>  |   |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Frecuentación en AP</i></b>  |   |  |
| <b>Finalidad</b>    | <u><i>Gestionar eficientemente las consultas programadas de medicina de familia, organizando la atención a pacientes crónicos e hiperfrecuentadores de forma que se limite la utilización inadecuada del servicio.</i></u>   |   |  |
| <b>Definición</b>   | <p><u><i>Proporción de pacientes, estandarizado por grupo de edad y sexo, que utilizan los servicios de medicina de atención primaria y/o enfermería por encima del estándar de alta frecuentación.</i></u></p> $RFrec = 100 * \frac{Pac > FrecStd}{P}$ <p><u><i>Dónde:</i></u></p> <p><u><i>RFrec: Ratio de pacientes de alta frecuentación (más de 16 visitas) en MG</i></u></p> <p><u><i>Pac&gt;FrecStd: Número de pacientes diferentes de 15 o más años que realizan en el período un número de visitas superior a 16 visitas/año considerado como hiperfrecuentación.</i></u></p> <p><u><i>P: Número promedio de pacientes adscritos a médico en el territorio analizado.</i></u></p> |   |  |
| <b>Fuente</b>       | <u><i>Abucasis</i></u>   |   |  |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar  |   |  |
| <b>Notas</b>        | <p>Sólo incluye la población asignada al ámbito.</p> <p>Sólo incluye consultas mfc cuya fecha de consulta está dentro del período de estudio.</p> <p>Sólo incluye pacientes atendidos en el ámbito.</p>  |   |  |

| <b>B.2.3 Porcentaje de urgencias ingresadas</b> |  |
|---|--|
| <b>Código</b>                                   | <b>URG030.1</b>  |
| <b>Nombre corto</b>                             | <b>% Urg. Ingresadas</b>   |
| <b>Finalidad</b>                                |  |
| <b>Definición</b>                               | <p><u>Porcentaje de pacientes ingresados en el área de hospitalización con carácter urgente por el servicio de urgencias.</u></p>  <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>URG030.1: Porcentaje de urgencias ingresadas.</u></p> <p><u>URG013.1: Urgencias registradas. Número de pacientes registrados en el área de urgencias en el periodo dado.</u></p> <p><u>UH010.1: Pacientes ingresados desde urgencias. Número de pacientes registrados en urgencias que han sido hospitalizados.</u></p> |
| <b>Fuente</b>                                   | Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria  |
| <b>Sentido</b>                                  | Minimizar  |
| <b>Notas</b>                                    | Sin notas  |

| <b>B.2.4 Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias</b> |  |
|---|--|
| <b>Código</b>   | <b>URG003.1</b>  |
| <b>Nombre corto</b>   | <b>% <i>pacientes atendidos a tiempo en urgencias</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>  | Conseguir una atención rápida y adecuada en urgencias  |
| <b>Definición</b>   | <p><u><i>Es el porcentaje de pacientes atendidos a tiempo en urgencias. Se calcula mediante la siguiente fórmula:</i></u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><u><i>Dónde:</i></u></p> <p><u><i>UH037.1 es el número de pacientes registrados con nivel de severidad 1 atendidos antes de 1 minuto (tiempo entre el registro y la 1ª atención).</i></u></p> <p><u><i>UH038.1 es el número de pacientes registrados con nivel de severidad 2 atendidos antes de 10 minutos (tiempo entre el registro y la 1ª atención).</i></u></p> <p><u><i>UH028.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 3 atendidos antes de 60 minutos (tiempo entre el registro y la 1ª atención).</i></u></p> <p><u><i>UH048.1 es el número de pacientes registrados con nivel de severidad 4 atendidos antes de 120 minutos (tiempo entre el registro y la 1ª atención).</i></u></p> <p><u><i>UH049.1 es el número de pacientes registrados con nivel de severidad 5 atendidos antes de 240 minutos (tiempo entre el registro y la 1ª atención).</i></u></p> |

|                |  |
|----------------|--|
|                | <p><u><i>UH042.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 1</i></u></p> <p><u><i>UH043.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 2</i></u></p> <p><u><i>UH044.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 3</i></u></p> <p><u><i>UH045.1 es el Número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 4</i></u></p> <p><u><i>UH046.1 es el Número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 5</i></u></p> |
| <b>Fuente</b>  | Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria  |
| <b>Sentido</b> | Maximizar  |
| <b>Notas</b>   | Sin notas  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>B.3.<br/>1</b>   | <b>Demora en primeras consultas en atención especializada</b>  |
| <b>Código</b>       | <b>25.01</b>   |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Demora en AE</b>  |
| <b>Finalidad</b>    | Reducir el tiempo que deben esperar los pacientes para ser vistos en la consulta de atención especializada   |
| <b>Definición</b>   | <p><i>Tiempo medio de demora en consultas de atención especializada.</i></p> $DMI = \frac{\sum (FC - FRS_i)}{N}$ <hr/> <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>FC: Fecha de corte o fecha en la que se obtiene el indicador.</i></p> <p><i>FRSi: Fecha de inclusión en lista de espera del paciente i.</i></p> <p><i>N: Número de pacientes que están pendientes de consulta de atención especializada en la fecha de corte.</i></p> <p><i>La suma se extiende a los N pacientes que están pendientes de consulta de atención especializada en la fecha de corte.</i></p> |
| <b>Fuente</b>       | Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria  |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar  |
| <b>Notas</b>        | Al tratarse de un indicador altamente dependiente de la transmisión de información en el formato y características adecuadas por parte de los Departamentos, la no recepción en tiempo y forma aceptables de los ficheros necesarios para la evaluación de este indicador hasta el nivel de que no permita valorarlo en el Departamento, será considerada como incumplimiento total del mismo (0 puntos).  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>B.3.<br/>2</b>   | <b>Porcentaje de pacientes con demora superior a 30 días para consultas de especializada</b>  |
| <b>Código</b>       | <b>809.01</b>   |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Pacientes con demora &gt; 30 días en AE</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>    | Reducir el tiempo máximo que deben esperar los pacientes cada vez que realizan una solicitud de consulta  |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Porcentaje de solicitudes de pacientes en que la demora para la realización de una primera consulta es superior a 30 días, sobre el total de pacientes con solicitud citados para primeras consultas de atención especializada.</u></p> $D_{30} = 100 \frac{PAED_{30+}}{PAE}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>PAED30+:</u> <u>Pacientes con demora superior a 30 días para la realización de una primera consulta en atención especializada.</u></p> <p><u>PAE:</u> <u>Total de pacientes con solicitud citados para primeras consultas de atención especializada.</u></p> |
| <b>Fuente</b>       | Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria   |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar   |
| <b>Notas</b>        | Al tratarse de un indicador altamente dependiente de la transmisión de información en el formato y características adecuadas por parte de los Departamentos, la no recepción en tiempo y forma aceptables de los ficheros necesarios para la evaluación de este indicador hasta el nivel de que no permita valorarlo en el Departamento, será considerada como incumplimiento total del mismo (0 puntos).   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>B.3.3</b>        | <b>Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días</b>   |
| <b>Código</b>       | <b>283.01</b>  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Pacientes con demora Q &gt;180días</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>    | <i><u>Asegurar el cumplimiento operativo de los plazos de garantía de las intervenciones quirúrgicas incluso en los casos de elección en que no es legalmente exigible</u></i>                       |
| <b>Definición</b>   | <i><u>Número de pacientes con demora superior a 180 días, dividido por el número total de pacientes en lista de espera obtenidas mediante el sistema LEQ en los cortes de junio y diciembre.</u></i> |
| <b>Fuente</b>       | <i><u>Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria. LEQ</u></i>   |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar  |
| <b>Notas</b>        | Sin notas  |

| <b>B.3.4 Demora media en procesos seleccionados</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>                                       | <b>878.01</b>   |
| <b>Nombre corto</b>                                 | <b>Demora procesos</b>  |
| <b>Finalidad</b>                                    | <i>Reducir la demora media en los procesos de cirugía de cadera, rodilla, cirugía valvular y coronaria</i>  |
| <b>Definición</b>                                   | $DMI = \frac{\sum (FC - FRS_i)}{N}$ <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>FC: Fecha de corte o fecha en la que se obtiene el indicador.</i></p> <p><i>FRSi: Fecha de inclusión en lista de espera del paciente i.</i></p> <p><i>N: Número de pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica en la fecha de corte.</i></p> <p><i>La suma se extiende a los N pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica en la fecha de corte con los diagnósticos/procedimientos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>En definición</i></li> </ul> <p><i>En este indicador se tiene en cuenta únicamente la demora estructural.</i></p> |
| <b>Fuente</b>                                       | <i>Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria. LEQ</i>   |
| <b>Sentido</b>                                      | Minimizar   |
| <b>Notas</b>  | Sin notas   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>B.4.1</b>        | <b>Semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento tras la sospecha de cáncer de mama tras cribado mamográfico</b>  |
| <b>Código</b>       | <b>489.01</b>  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Semanas tras cribado mamográfico</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>    | Garantizar la atención eficaz tras el cribado mamográfico  |
| <b>Definición</b>   | <i>Es el percentil 75 de la distribución del número de semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento. Se considera el resultado del indicador el número de semanas correspondiente al percentil 75, una vez valorados todos los casos registrados en el Departamento.</i> |
| <b>Fuente</b>       | Dirección General de Salud Pública. Servicio del Plan Oncológico.  |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar  |
| <b>Notas</b>        | Al menos el 75% de las mujeres inicien el tratamiento en un tiempo máximo de 8 semanas   |

| <b>B.5.1 Estancia media ajustada por casuística</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>                                       | <b>99.01</b>  |
| <b>Nombre corto</b>                                 | <b>EMAC</b>   |
| <b>Finalidad</b>                                    | <i>Mejorar la adecuación de las estancias hospitalarias, evitando las innecesarias.</i>   |
| <b>Definición</b>                                   | <p><i>Es la estancia media que habría tenido el hospital si hubiera tratado los pacientes del estándar con la estancia media por GRD propia del hospital.</i></p>  <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>i: GRD<sub>i</sub></i></p> <p><i>h: Hospital<sub>h</sub></i></p> <p><i>N<sub>is</sub>: Número de altas en el GRD<sub>i</sub> en el estándar</i></p> <p><i>EM<sub>ih</sub>: Estancia media del GRD<sub>i</sub> en el hospital<sub>h</sub></i></p> |
| <b>Fuente</b>                                       | <i>Servicio de Análisis del Sistema de Información Sanitaria. CMBD</i>  |
| <b>Sentido</b>                                      | Minimizar   |
| <b>Notas</b>  | <i>Sin notas</i>  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>B.5.<br/>2</b>   | <b>Rendimiento de bloque quirúrgico</b>   |
| <b>Código</b>       | <b>QUIR011.1</b>  |
| <b>Nombre corto</b> | <b>Rendimiento bloque quirúrgico</b>  |
| <b>Finalidad</b>    | Mejorar la eficiencia del quirófano   |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Proporción de tiempo de quirófano empleado respecto al tiempo de disponibilidad de quirófano.</u></p>  <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>QUIR011.1: Prendimiento del bloque quirúrgico.</u></p> <p><u>QH058.1: Tiempo de quirófano utilizado. Minutos transcurridos entre la hora de entrada y la hora de salida de las intervenciones realizadas en el periodo de estudio.</u></p> <p><u>QH048.1: Tiempo estructural disponible. Minutos disponibles de quirófano según la definición de la estructura de los mismos. El tiempo estructural disponible se calcula en función del turno en el cual se realiza la intervención quirúrgica: si el turno es Mañana el valor es 420, si el turno es Tarde el valor es 360 y si el turno es Noche el valor es 660.</u></p> |
| <b>Fuente</b>       | Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria   |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar   |
| <b>Notas</b>        | Sin notas   |

| <b>B.6.1 Altas ponderadas en Unidades de Hospitalización Domiciliaria</b> |  |
|---|--|
| <b>Código</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b>   | <b><i>Altas ponderadas UHD</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>  | Medir la productividad de una UHD a través de la productividad de los médicos de esa UHD   |
| <b>Definición</b>   | <p><i>Altas ponderadas UHD = N° de altas ponderadas (línea básica) N° ETC regurales de</i></p> <hr/> <p><i>médico (línea básica)</i></p> <hr/> <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>ETC = número de médicos equivalentes a tiempo completo</i></p> |
| <b>Fuente</b>   | <a href="#"><i>SISAL</i></a>   |
| <b>Sentido</b>  | Maximizar  |
| <b>Notas</b>  | <a href="#"><i>Sin notas</i></a>   |

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| <b>B.6.</b>         | <b>Tasa de incidencia de diálisis domiciliaria</b>   |  |
| <b>2</b>            |  |  |
| <b>Código</b>       | <b>861.01</b>  |  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Incidencia DD</i></b>  |  |
| <b>Finalidad</b>    | <i>Aumentar la proporción de pacientes con insuficiencia renal crónica susceptible de diálisis, tratados con diálisis domiciliaria respecto al total de los pacientes tratados con diálisis.</i>   |  |
| <b>Definición</b>   | <p><i>Proporción en porcentaje de nuevos pacientes que han iniciado tratamiento con diálisis domiciliaria respecto al número total de nuevos pacientes tratados con diálisis en el período analizado.</i></p> $Incid. DD = \frac{N^{\circ} PNDD}{N^{\circ} PND}$ <p><i>Dónde:</i></p> <p><i>Incid. DD: Incidencia diálisis domiciliaria.</i></p> <p><i>Nº PNDD: Número de nuevos pacientes tratados con diálisis domiciliaria en un periodo determinado.</i></p> <p><i>Nº PND: Número de nuevos pacientes tratados con diálisis en un periodo determinado.</i></p> |  |
| <b>Fuente</b>       | Dirección General de Salud Pública. Registro de Insuficiencia Renal Crónica.   |  |
| <b>Sentido</b>      | Maximizar  |  |

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| <b>Notas</b> | <i><u>Sin notas</u></i> |
|--------------|-------------------------|

| C.1.1 Indicador de facturación y cobro |   |
|--|---|
| <b>Código</b>                          | <b>872.01</b>   |
| <b>Nombre corto</b>                    | <b>Facturación</b>  |
| <b>Finalidad</b>                       | <u>Incentivar la facturación y cobro de los procesos repercutibles a terceros, contribuyendo a la mejora de la sostenibilidad económica del sistema sanitario público.</u>  |
| <b>Definición</b>                      |  <p><u>Siendo:</u></p> $IF_{MUT} = 100 \frac{EC}{EF}$ $IF_{PRIV} = 100 \frac{EC}{EF}$ $IF_{TRAF} = 100 \frac{EC}{EF}$ $IF_{TRAB} = 100 \frac{EC}{EF}$ $IF_{RESTLSF} = 100 \frac{EC}{EF}$ <p><u>Dónde:</u></p> <p><u>EC:</u> <u>Número de episodios cobrados ó apremiados (según la información que COMPAS recoge de COBRA).</u></p> <p><u>EF:</u> <u>Número total de episodios facturables por la modalidad de aseguramiento o por el origen de la lesión/ situación del paciente.</u></p> |

|                |   |
|----------------|---|
|                | <p><i><u>IF<sub>MUT</sub></u>: Indicador de facturación en mutualistas.</i></p> <p><i><u>IF<sub>PRIV</sub></u>: Indicador de facturación en privados.</i></p> <p><i><u>IF<sub>TRAF</sub></u>: Indicador de facturación en accidentes de tráfico.</i></p> <p><i><u>IF<sub>TRAB</sub></u>: Indicador de facturación en accidentes de trabajo.</i></p> <p><i><u>IF<sub>RESTLSE</sub></u>: Indicador de facturación en el resto de lesiones/ situaciones facturables.</i></p> |
| <b>Fuente</b>  | <i>Dirección General de Régimen Económico</i>   |
| <b>Sentido</b> | Maximizar   |
| <b>Notas</b>   | <b><u>NO APLICA</u></b> a <i>Departamentos de Salud de La Ribera (Departamento 11), Denia (Departamento 13), Torrevieja (Departamento 22), Manises (Departamento 23) y Elx-Crevillent (Departamento 24).</i>  |

| <b>C.1.2 Coste unitario del ingreso hospitalario ponderado</b> |   |
|--|---|
| <b>Código</b>  | <b>675.02</b>   |
| <b>Nombre corto</b>  | <b>Coste del ingreso Hosp</b>   |
| <b>Finalidad</b>   | <u>Desacelerar el crecimiento del gasto en la actividad de hospitalización y mejorar la productividad real</u>  |
| <b>Definición</b>  |  <p><i>Dónde:</i></p> <p><u>UPH: Unidades de producción hospitalaria</u></p>   |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Régimen Económico  |
| <b>Sentido</b>   | Minimizar   |
| <b>Notas</b>   | <b><u>NO APLICA</u></b> en los Departamentos de La Ribera (Departamento 11), Denia (Departamento 13), Torreveja (Departamento 22), Departamento de Salud de Manises (Departamento 23) y Elx-Crevillent (Departamento 24). |

| <b>C.2.1 Evolución del gasto de Capítulo II en actividad concertada</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>   |   |
| <b>Nombre corto</b>   | Evolución gasto actividad concertada  |
| <b>Finalidad</b>  | <u>Reducción del gasto total por actividad concertada realizada en centros privados</u>   |
| <b>Definición</b>   | <p>Variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en actividad concertada.</p>  <p>Dónde:</p> <p><math>GAC_{x,n}</math> es el gasto de la actividad concertada acumulado anual en el mes x del año n</p> <p><math>GAC_{x,n-1}</math> es el gasto de la actividad concertada acumulado anual en el mes x del año n-1</p> |
| <b>Fuente</b>   | Facturas presentadas por las empresas concertadas y aplicativo Concerts, Servicio de conciertos, DG Asistencia Sanitaria.   |
| <b>Sentido</b>  | Minimizar   |
| <b>Notas</b>  | Sin notas   |

| <b>C.2.2.1 Evolución del gasto de Capítulo II en endoprótesis</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>   |   |
| <b>Nombre corto</b>   | <b><i>Evolución Gasto Endoprótesis</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>  | <u><i>Evaluar el gasto asociado al capítulo II en endoprótesis</i></u>  |
| <b>Definición</b>   | <p>Cociente entre el gasto asociado al capítulo II en endoprótesis en 2013 respecto al de 2012.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Dónde:</p> <p style="padding-left: 40px;">GASTO_ENDO_CAPII: gasto del capítulo II asociado a endoprótesis</p> <p>El índice EGEN es un porcentaje adimensional cuya interpretación es:</p> <p style="padding-left: 40px;">EGEN = 100%; el importe se mantiene con relación al año anterior.</p> <p style="padding-left: 40px;">EGEN &lt; 100%; el importe se reduce respecto al año anterior.</p> <p style="padding-left: 40px;">EGEN &gt; 100%; el importe se incrementa respecto al año anterior.</p> |
| <b>Fuente</b>   | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  |
| <b>Sentido</b>  | Minimizar   |
| <b>Notas</b>  | Sin notas   |

| C.2.2.2 Desviación del coste en endoprótesis |  |
|--|--|
| <b>Código</b>                                |  |
| <b>Nombre corto</b>                          | <b><i>Desviación coste endoprótesis</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>                             | <i>Reducir el coste de implantes en la Agencia Valenciana de Salud</i>   |
| <b>Definición</b>                            | <p style="text-align: right;"></p> <p>Dónde:</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>: importe facturado asociado a las intervenciones del grupo i practicadas en el departamento n.</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>: importe teórico de las intervenciones del grupo i practicadas en el departamento n. Se obtiene como:</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>Siendo:</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>: Número de intervenciones del grupo i llevadas a cabo en el departamento n.</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>: Coste de una intervención del grupo i en el conjunto de la Agencia Valenciana de Salud, que se obtiene como:</p> <p style="text-align: right;"></p> |

|                |   |
|----------------|---|
|                | <p style="text-align: center;"><u>Interpretación:</u></p> <p style="text-align: center;">DCEN= 1; el importe real coincide con el teórico.</p> <p style="text-align: center;">DCEN &lt; 1; el importe real es inferior al teórico.</p> <p style="text-align: center;"><u>DCEN &gt; 1; el importe real supera al teórico.</u></p>  |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  |
| <b>Sentido</b> | Minimizar   |
| <b>Notas</b>   | <p>Los grupos de prótesis han sido definidos por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Existen nueve grupos distintos considerados por el indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcapasos</li> <li>2. Ds fibrilador automático implantable (DAI)</li> <li>3. Implante abdominal (mallas)</li> <li>4. Oftalmología</li> <li>5. Implante de cadera</li> <li>6. Implante de rodilla</li> <li>7. Implante de columna</li> <li>8. Implante de hombro</li> <li>9. Implante endovascular (stent)</li> </ol> <p>El indicador se calcula de manera independiente para las intervenciones incluidas en el Plan de Choque, por lo que estas intervenciones no se consideran en el cálculo del indicador para los departamentos asistenciales.</p> <p>Los cálculos consideran las intervenciones facturadas (que pueden diferir de las realizadas).</p> <p>El indicador se ofrecerá mensualmente con un desfase en el dato que puede alcanzar los 4 meses.</p> |

| <b>C.2.2.3 Prescripción de exoprótesis a través de HERA</b> |  |
|---|--|
| <b>Código</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b>   | <b>Prescripción Exoprótesis con HERA</b>   |
| <b>Finalidad</b>  | <u>Evaluar el grado de utilización de HERA en la prescripción electrónica de exoprótesis</u>   |
| <b>Definición</b>   | <p>Cociente entre el número de exoprótesis prescrito a través de HERA y el total de exoprótesis prescritas en el último trimestre</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Dónde:</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">: número de prescripciones de exoprótesis facturadas realizadas a través de HERA</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">: número total de prescripciones de exoprótesis facturadas</p> <p><u>Interpretación:</u></p> <p>El índice HERA toma valores entre 0 y 100.</p> <p>HERA = 100%; todas las prescripciones de exoprótesis se han realizado a través de HERA</p> <p>HERA = 50%; la mitad de las prescripciones de exoprótesis se han realizado a través de HERA</p> |
| <b>Fuente</b>   | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios   |
| <b>Sentido</b>  | Maximizar  |
| <b>Notas</b>  | El indicador se calcula con las prescripciones facturadas, que pueden diferir de las realizadas. Existen dos meses de desfase entre la prescripción y la   |

|  |              |
|--|--------------|
|  | facturación. |
|--|--------------|

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>C.2.2.4</b>      | <b>Evolución del gasto de Capítulo II en adquisiciones de farmacia hospitalaria</b>   |
| <b>Código</b>       |   |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Evolución Gasto Farmacia Hospitalaria</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>    | <i>Disminuir el importe total del gasto en farmacia hospitalaria</i>  |
| <b>Definición</b>   | <p>Cociente entre el gasto asociado al capítulo II en farmacia hospitalaria en 2013 respecto al de 2012.</p>  <p>Dónde:</p> <p>GASTO_Fcia_Hosp_CAPII: importe del capítulo II asociado a farmacia hospitalaria.</p> <p>Interpretación:</p> <p>El índice EGFH es un porcentaje adimensional cuya interpretación es:</p> <p>EGFH = 100%; el importe se mantiene con relación al año anterior.</p> <p>EGFH &lt; 100%; el importe se reduce respecto al año anterior.</p> <p>EGFH &gt; 100%; el importe se incrementa respecto al año anterior.</p> |
| <b>Fuente</b>       | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  |
| <b>Sentido</b>      | Minimizar   |
| <b>Notas</b>        | <i>Sin notas</i>  |

| C.2.2.5 Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria |   |
|--|---|
| <b>Código</b>  |   |
| <b>Nombre corto</b>  | <b><i>Eficiencia adquisiciones farmacia hospitalaria</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>   | <u>Medir la eficiencia en las adquisiciones de productos farmacéuticos, expresada como porcentaje de reducción de costes respecto al PVL</u>  |
| <b>Definición</b>  |  <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preal: valor real de las adquisiciones de productos farmacéuticos (€). Se calcula como el sumatorio, para todos los productos farmacéuticos adquiridos en un determinado periodo de tiempo: <math>\Sigma(\text{número de unidades adquiridas} \times \text{precio real de adquisición})</math>; siendo el precio real de adquisición= (PVL- Descuentos). El PVL es el precio oficial marcado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Los descuentos pueden ser de dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descuentos obligatorios fijados según la legislación vigente.</li> <li>- Otros descuentos derivados de concursos, procedimientos de negociación, etc.</li> </ul> </li> <li>- Las bonificaciones (productos farmacéuticos que un proveedor entrega al hospital sin coste), tendrán a efectos de este indicador la consideración de una adquisición a valor real cero.</li> <li>- Los abonos contables son una modalidad de descuento en la adquisición de productos farmacéuticos que se produce cuando un proveedor emite al hospital un documento de abono (una "factura negativa") por una cuantía económica pactada previamente. No tiene influencia en el precio real del medicamento, que no se modifica, ni afecta al valor del inventario.</li> <li>- IVA: impuesto sobre el valor añadido.</li> </ul> <p><u>Interpretación:</u></p> <p>El índice toma valores <math>EA \leq 100</math>.</p> <p><math>EA=100</math>: El coste de adquisición coincide exactamente con el PVL+IVA</p> <p><u><math>EA &lt; 100</math>: El coste de adquisición es inferior al PVL + IVA. Ej. <math>EA= 50</math> indica que se ha reducido el coste de adquisición en un 50% sobre el precio máximo.</u></p> |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  |

|                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| <b>Sentido</b> | Minimizar                        |
| <b>Notas</b>   | <i><a href="#">Sin notas</a></i> |

## Coste por paciente en patologías de alto impacto

### Código

### Nombre corto

**Coste por paciente en patologías de alto impacto**

### Finalidad

*Medir el importe farmacéutico por paciente para determinadas patologías con alto impacto económico*

### Definición

Media de las desviaciones en el importe por paciente al mes para cada patología respecto a su objetivo.



Dónde:

- IMPi: Importe real por paciente para la patología i. Se obtiene como



- P<sub>real</sub>: valor real de las adquisiciones de productos farmacéuticos (€). Se calcula como el sumatorio, para todos los productos farmacéuticos adquiridos en un determinado periodo de tiempo:  $\Sigma(\text{número de unidades adquiridas} \times \text{precio real de adquisición})$ ; siendo el precio real de adquisición = (PVL-Descuentos). El PVL es el precio oficial marcado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Los descuentos pueden ser de dos tipos:
  - Descuentos obligatorios fijados según la legislación vigente.
  - Otros descuentos derivados de concursos, procedimientos de negociación, etc.
- Las bonificaciones (productos farmacéuticos que un proveedor entrega al hospital sin coste), tendrán a efectos de este indicador la consideración de una adquisición a valor real cero.
- Los abonos contables son una modalidad de descuento en la adquisición de productos farmacéuticos que se produce cuando un proveedor emite al hospital un documento de abono

(una "factura negativa") por una cuantía económica pactada previamente. No tiene influencia en el precio real del medicamento, que no se modifica, ni afecta al valor del inventario.

- IVA: impuesto sobre el valor añadido.

- OBJi: Importe por paciente al mes considerado como referencia (objetivo).

Las patologías de alto impacto consideradas y su objetivo mensual son:

PATOLOGÍA

OBJETIVO MENSUAL

VIH en adultos

= < 700

Esclerosis múltiple excluyendo Natalizumab por ser administrado en hospital de día.

= < 862€

Hipertensión pulmonar excluyendo parenterales

= < 1.750€

Artropatías

= < 900€

Tera

ia de biológicos con soriasis

= < 1.092€

Terapia de biológic

s con enf

rmedad intestinal

= < 1.120€

NumPatologías: número de patologías consideradas. En este caso, seis.

Interpretación:

CAI es un índice adimensional

CAI= 1; se han alcanzado los objetivos mensuales en el conjunto de patologías estudiadas

CAI < 1; se han mejorado los objetivos mensuales

*CAI > 1; no se han alcanzado los objetivos mensuales*

**Fuente**

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

**Sentido**

Minimizar

**Notas**

Se incluirán los pacientes atendidos en la UFPE.

No se incluirán los pacientes atendidos a través del Hospital de Día.

| <b>C.2.2.7</b>      |  | <b>Importe por receta</b>  |
|---------------------|--|--|
| <b>Código</b>       |  |  |
| <b>Nombre corto</b> |  | <b><i>Importe receta</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>    |  | Medir el coste medio unitario por receta en el ámbito ambulatorio  |
| <b>Definición</b>   |  |  <p>Dónde:</p> <p>IMP: importe ambulatorio asociado a las recetas dispensadas</p> <p><i><a href="#">REC: número de recetas dispensadas</a></i></p> |
| <b>Fuente</b>       |  | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios   |
| <b>Sentido</b>      |  | Minimizar  |
| <b>Notas</b>        |  | Periodicidad en la entrega mensual: el 17 de cada mes. Dependiente de la carga de facturación de los Colegios.   |

| <b>C.2.2.8</b>      |  | <b>Adecuación de los tratamientos a las recomendaciones recogidas en GFAR</b>        |
|---------------------|--|--|
| <b>Código</b>       |  |  |
| <b>Nombre corto</b> |  |  |
| <b>Finalidad</b>    |  |  |
| <b>Definición</b>   |  |  |

|                |  |
|----------------|--|
|                | <br> |
| <b>Fuente</b>  |  |
| <b>Sentido</b> |  |
| <b>Notas</b>   |  |

|                     |  |
|---------------------|--|
|                     |  |
| <b>C.2.2.9</b>      |  |
| <b>Código</b>       | <b>873.02</b>  |
| <b>Nombre corto</b> | <b><i>Adecuación de tratamientos prescripción GFAR</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>    | Potenciar la selección de tratamientos con recomendaciones de prescripción recogidas en las guías y protocolos incorporados en la herramienta GFAR de ayuda a la prescripción: guía Semfyc, geriatría, urgencias y protocolos departamentales.   |
| <b>Definición</b>   |  <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PrGFARi: número de nuevas prescripciones en receta médica oficial realizadas de acuerdo con las recomendaciones de la guía GFAR para el problema de salud i.</li> <li>- Pri: número total de nuevas prescripciones en receta médica oficial para el problema de salud i.</li> <li>- Pesoi : peso otorgado a la guía i.</li> </ul> <p>Interpretación:</p> <p>Índice con valores comprendidos entre 0 y 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AdGFAR=1: todas las prescripciones se han realizado de acuerdo con las recomendaciones recogidas en la guía GFAR.</li> <li>- AdGFAR=0: ninguna prescripción ha sido realizada de acuerdo con las recomendaciones recogidas en la guía GFAR.</li> <li>- AdGFAR=0,5: el 50% de las prescripciones han sido realizadas de</li> </ul> |

|                |  |
|----------------|--|
|                | acuerdo con las recomendaciones recogidas en la guía GFAR. |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios       |
| <b>Sentido</b> | Maximizar  |
| <b>Notas</b>   | Sin notas  |

| <b>C.2.2.10 Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio</b> |  |
|---|--|
| <b>Código</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b>   | <b><i>PRMs en el entorno ambulatorio</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>  | <u>Medir el volumen de pacientes con alertas por PRMs (problemas relacionados con medicamentos) no validadas por los profesionales sanitarios.</u>   |
| <b>Definición</b>   | <p>Número de pacientes con alertas por PRM, en el último mes, respecto al total de pacientes asignados en el ámbito ambulatorio.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">x 100</p> <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paci_PRMi: número de pacientes asignados en el ámbito ambulatorio con alertas del PRM i en el último mes.</li> <li>- TotalPaci: número total de pacientes asignados en el ámbito ambulatorio en el último mes.</li> </ul> <p><u>-Peso PRMi: peso asignado a la alerta por PRM i.</u></p> <p><u>Interpretación:</u></p> <p>Índice con valores comprendidos entre 0 y 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PRM= 100%: toda la población asignada al ámbito ambulatorio tiene alguna alerta por PRM no validada en el último mes.</li> <li>- PRM= 0%: no existe población asignada al ámbito ambulatorio con alertas por PRM no validadas en el último mes.</li> <li>- PRM &lt; 3%: el 3% de la población asignada al ámbito ambulatorio tiene alguna alertas por PRM no validadas en el último mes.</li> </ul> |
| <b>Fuente</b>   | Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios   |
| <b>Sentido</b>  | Minimizar  |
| <b>Notas</b>  | Las alertas por PRM consideradas son:  |

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Alergias medicamentosas</i></li><li>- <i>Interacciones</i></li><li>- <i>Contraindicaciones</i></li><li>- <i>Alertas de posología</i></li><li>- <i>Coste tratamiento día</i></li><li>- <i>Alertas por falta de correlación entre el diagnóstico y el tratamiento</i></li><li>- <i>Acontecimientos adversos</i></li><li>- <i>Duplicidades terapéuticas</i></li></ul> |
|--|---|

*Indicador parametrizable.*

| <b>C.2.3 Evolución del gasto de Capítulo II en material sanitario</b> |  |
|---|--|
| <b>Código</b>   |  |
| <b>Nombre corto</b>   | <b><i>Evolución gasto material sanitario</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>  | <u>Disminuir el importe total de las adquisiciones de material sanitario y material de laboratorio</u>   |
| <b>Definición</b>   | <p><u>Variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en material sanitario Subconceptos económicos 213.05 216.05, 221.14, 221.16</u></p>  <p>Dónde:</p> <p><math>GMSL x_n</math> es el gasto acumulado anual del año n en el mes x en material sanitario y de laboratorio.</p> <p><u><math>GMSL x_{n-1}</math> es el gasto acumulado en el mismo mes del año n-1 en material sanitario y de laboratorio.</u></p> |
| <b>Fuente</b>   | Orion Logis y Direcciones Económicas de los Departamentos de Salud   |
| <b>Sentido</b>  | Minimizar  |
| <b>Notas</b>  | <u>El coste es el de las obligaciones adquiridas por adquisiciones de material sanitario, incluyendo cualquier factura que conste en el RUF.</u>   |

| <b>C.2.4 Evolución del gasto corriente</b> |  |
|--|--|
| <b>Código</b>                              |  |
| <b>Nombre corto</b>                        | <b><i>Evolución resto gasto corriente</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>                           | <i>Disminuir el importe total del gasto en el resto del capítulo II</i>  |
| <b>Definición</b>                          | <p><u>Variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en el resto de los gastos corrientes del capítulo II.</u></p>  <p>Dónde:</p> <p><math>GRCII x_n</math> es el gasto acumulado anual del año n en el mes x en el resto del capítulo II.</p> <p><u><math>GRCII x_{n-1}</math> es el gasto acumulado en el mismo mes del año n-1 en el resto del capítulo II.</u></p> |
| <b>Fuente</b>                              | Orion Logis y Direcciones Económicas de los Departamentos de Salud   |
| <b>Sentido</b>                             | Minimizar  |
| <b>Notas</b>                               | <i>Es el importe total del capítulo II excepto los subconceptos económicos incluidos en los indicadores anteriores. Se deben incluir las facturas del RUF.</i>   |

| <b>C.2.5 Evolución del gasto total de Capítulo I (plantilla)</b> |   |
|--|---|
| <b>Código</b>  |   |
| <b>Nombre corto</b>  | <b><i>Evolución del gasto de personal</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>   | <i><u>Disminución de los gastos de personal, manteniendo el nivel de calidad y las prestaciones asistenciales</u></i>   |
| <b>Definición</b>  | <p style="text-align: center;"></p> <p><i>Siendo:</i></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><i>Dónde:</i></p> <p><i><u>GPA <math>x_n</math>: Gasto de personal acumulado anual en el mes x del año n</u></i></p> <p><i><u>GPA <math>x_{n-1}</math>: Gasto de personal acumulado anual en el mes x del año n-1</u></i></p> <p><i><u>GP.Art.12: Retribuciones personal fijo (excepto artículo 13). Funcionarios</u></i></p> <p><i><u>GP.Art.13: Retribuciones personal laboral fijo</u></i></p> <p><i><u>GP.Art.14: Resto Retribuciones personal (Interinos)</u></i></p> <p><i><u>GSS.Art.16: Seguridad Social y complementos de pensión</u></i></p> |
| <b>Fuente</b>  | Listados del sistema de información presupuestaria de hacienda. Servicio de gestión presupuestaria (Dirección General de Recursos Económicos).  |
| <b>Sentido</b>   | Minimizar   |
| <b>Notas</b>   | <i><u>Excepto importes artículo 15 y conceptos 142 y 143.</u></i>   |

| <b>C.2.6 Evolución del gasto en sustituciones</b> |   |
|---|---|
| <b>Código</b>                                     |   |
| <b>Nombre corto</b>                               | <b><i>Evolución gasto sustituciones</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>                                  | Reducir el gasto en sustituciones   |
| <b>Definición</b>                                 | <p><u><i>Variación interanual del gasto acumulado en sustituciones de personal.</i></u></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><i>Siendo:</i></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><i>Dónde:</i></p> <p><u><i>GSUS <math>x_n</math>: Gasto acumulado anual en sustituciones de personal en el mes <math>x</math> del año <math>n</math></i></u></p> <p><u><i>GSUS <math>x_{n-1}</math>: Gasto acumulado anual en sustituciones de personal en el mes <math>x</math> del año <math>n-1</math></i></u></p> <p><u><i>G.C.142: Gasto en sustituciones de I.T</i></u></p> <p><u><i>G.C.143: Gasto en sustituciones no I.T</i></u></p> |
| <b>Fuente</b>                                     | Listados del sistema de información presupuestaria de hacienda. Servicio de gestión presupuestaria (Dirección General de Recursos Económicos).  |
| <b>Sentido</b>                                    | Minimizar   |
| <b>Notas</b>                                      | <u><i>Sin notas</i></u>   |



| <b>C.2.7 Evolución del gasto en guardias y atención continuada</b> |   |
|--|---|
| <b>Código</b>  |   |
| <b>Nombre corto</b>  | <b><i>Evolución gasto guardias y AC</i></b>   |
| <b>Finalidad</b>   | <u><i>Reducir el gasto por remuneración de guardias y atención continuada.</i></u>  |
| <b>Definición</b>  | <p><u><i>Variación interanual del gasto acumulado en guardias y atención continuada</i></u></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u><i>Siendo:</i></u></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u><i>Dónde:</i></u></p> <p><u><i>GGUA <math>x_n</math>: Gasto acumulado anual del artículo presupuestario 15 en el mes x del año n</i></u></p> <p><u><i>GGUA <math>x_{n-1}</math>: Gasto acumulado anual del artículo presupuestario 15 en el mes x del año <math>n-1</math></i></u></p> <p><u><i>G.Art.15: Gasto en guardias y atención continuada</i></u></p> |
| <b>Fuente</b>  | Listados del sistema de información presupuestaria de hacienda. Servicio de gestión presupuestaria (Dirección General de Recursos Económicos).  |
| <b>Sentido</b>   | Minimizar   |
| <b>Notas</b>   | <u><i>Sin notas</i></u>   |

| <b>C.2.8 Evolución del gasto de Capítulo II en actividad no concertada</b> |  |
|--|--|
| <b>Código</b>  |  |
| <b>Nombre corto</b>  | <b><i>Evolución gasto actividad no concertada</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>   | <u>Reducción del gasto total por actividad no concertada realizada en centros privados</u>   |
| <b>Definición</b>  | <p><u>Variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en actividad no concertada.</u></p>  <p>Dónde:</p> <p><math>GANC x_n</math> es el gasto acumulado anual del año n en el mes x de la actividad no concertada.</p> <p><u><math>GANC x_{n-1}</math> es el gasto acumulado en el mismo mes del año n-1 de la actividad no concertada.</u></p> |
| <b>Fuente</b>  | Facturas presentadas por las empresas no concertadas al Servicio de conciertos, DG Asistencia Sanitaria.   |
| <b>Sentido</b>   | Minimizar  |
| <b>Notas</b>   | <u>Sin notas</u>   |

| <b>C.2.9 Gasto total por habitante estandarizado</b> |  |
|--|--|
| <b>Código</b>  | <b>629.01</b>  |
| <b>Nombre corto</b>                                  | <b><i>Gasto total</i></b>  |
| <b>Finalidad</b>                                     | <u>Obtener la sostenibilidad económica final como resultado de la aplicación del conjunto amplio de medidas de mayor eficiencia, que se reflejen en la contención del crecimiento del gasto por habitante en servicios sanitarios.</u>   |
| <b>Definición</b>                                    | <p><u>Ratio ponderada entre la suma de los importes anuales de capítulo I y capítulo II. Y la población SIP adscrita a cada departamento de salud, una vez descontados los flujos de actividad derivados a otros departamentos de salud o desde otros departamentos de salud.</u></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u>Siendo:</u></p> <p><u>CapI<sub>AE</sub>: Gasto capítulo I de atención especializada</u></p> <p><u>CapII<sub>AE</sub>: Gasto capítulo II de atención especializada</u></p> <p><u>CapI<sub>AP</sub>: Gasto capítulo I de atención primaria</u></p> <p><u>CapII<sub>AP</sub>: Gasto capítulo II de atención primaria</u></p> <p><u>Coef.Int AE: % de cobertura de la compensación intercentros de atención especializada en el Departamento.</u></p> <p><u>Coef.Int AP: % de cobertura de la compensación intercentros de atención primaria en el Departamento.</u></p> |
| <b>Fuente</b>  | Dirección General de Régimen Económico   |
| <b>Sentido</b>                                       | Minimizar  |
| <b>Notas</b>   | <p><u>En la evaluación del indicador se realizan los siguientes procesos:</u></p> <p><u>-Se calcula la diferencia promedio de coste/habitante entre hospitales universitarios y no universitarios. Esta diferencia porcentual se</u></p>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><u>elimina del valor de 2008 y 2009 de todos los departamentos de salud universitarios.</u></p> <p><u>-Se excluyen los "outliers" estadísticos.</u></p> <p><u>-Para el resto de departamentos, se aplica la fórmula de cumplimiento sin metas.</u></p> <p><u>-Para los outliers, se valora no el coste/habitante sino la evolución interanual del gasto por habitante estandarizado. Para ello se evalúa a todos los departamentos con el mismo indicador y es aplica la fórmula de cumplimiento.</u></p> <p><b><u>NO APLICA:</u></b> <u>Departamentos "outliers" por condicionantes estructurales, y departamentos que han cambiado significativamente la población adscrita en los últimos años (creación de un nuevo hospital, etc).</u></p> |
|--|--|