

2014

ACUERDO DE GESTIÓN

Departamento de Salud



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

ÍNDICE

ACUERDO DE GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD	4
1. Antecedentes y marco normativo	4
2. Objetivos	6
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Acuerdo sobre gestión integrada del departamento de salud	7
2.3. Acuerdo sobre objetivos globales de actividad del Departamento de Salud y sistema de productividad variable.	7
3. Incentivación.	8
4. Comisiones de Seguimiento y Evaluación.....	8
4.1. Comisión Central de Seguimiento.....	8
4.2. Comisión Local de Seguimiento.....	9
ANEXO: INDICADORES	10

ACUERDO DE GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

1. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO

La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, de acuerdo con el marco normativo establecido en la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, define un modelo organizativo de la sanidad en concordancia con las características actuales de nuestro ámbito social en el que se da prioridad a las actuaciones destinadas a la promoción, prevención, protección y cuidado de la salud y se impulsan una serie de reformas encaminadas al bienestar del ciudadano y a la búsqueda de una sanidad pública eficaz, eficiente y gratuita, solidaria y de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad.

En concordancia con este modelo organizativo, la Ley 3/2003 atribuye a la Conselleria de Sanitat la función esencial de conocer, valorar y satisfacer las necesidades de salud de la población de una forma equilibrada aplicando racionalmente los presupuestos disponibles y con ello, llevar a cabo una adecuada gestión y administración del sistema valenciano de salud y de la prestación sanitaria en la Comunidad Valenciana.

Para el desarrollo del nuevo modelo, la Ley prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales así como la orientación hacia el paciente.

Según se recoge en el articulado de la Ley, este entorno organizativo ha de sustentarse en un modelo de gestión actualizado que permita racionalizar el coste del modelo sanitario que disfruta la sociedad valenciana para permitir su pervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria, y cuya base presupuestaria la constituya la población a atender en cada departamento de salud, si bien modulada por las variables que inciden en la necesidad de atención sanitaria. Asimismo, la Ley establece que en cada departamento de salud se ha de procurar la máxima integración de la asistencia sanitaria y la continuidad de cuidados a través de la coordinación de los diferentes niveles y recursos existentes, garantizando una sanidad sin escalones en beneficio mutuo tanto del profesional como del ciudadano.

Al objeto de favorecer el estímulo y compromiso de eficiencia de los centros sanitarios, la Ley prevé la formalización de planes de gestión como instrumentos de trabajo para la clarificación de objetivos y la promoción de la competencia entre los agentes. Además, expresamente se recoge la necesidad de implantar aquellas medidas de incentivación profesional que sirvan de estímulo a los profesionales en el desempeño del trabajo realizado y permitan avanzar hacia la mejora continua.

Para responder a estos requerimientos normativos y avanzar en la construcción del nuevo modelo reglamentariamente establecido, a partir de 2004 se formalizaron los Acuerdos de

Gestión entre la Conselleria de Sanitat y los equipos directivos de los centros sanitarios y en 2005 se puso en marcha el sistema de financiación capítativa y la facturación intercentros, creándose los departamentos de salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario valenciano con las que se pretende la máxima integración de los dispositivos asistenciales.

La introducción del complemento de productividad variable como mecanismo para la diferenciación retributiva de los profesionales sanitarios, en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia, previamente pactados en el marco del Acuerdo de Gestión con cada Departamento de Salud o centro, se ha revelado como una estrategia efectiva que está siendo bien integrada en la gestión y funcionamiento de las instituciones sanitarias. Las mejoras introducidas respecto al modelo implantado en 2004 en los años posteriores han sido favorables al mismo y hay un acuerdo generalizado en que han ayudado a consolidarlo aportándole consistencia y coherencia.

Los Acuerdos de Gestión se componen de una serie de indicadores que constan con sus definiciones, fórmulas, pesos, metas y tolerancias con el fin de poder realizar una evaluación global del cumplimiento del Acuerdo de Gestión para cada Departamento/Centro. Los recursos humanos son el elemento central y fundamental de la prestación de servicios sanitarios y sin un correcto desarrollo de los mismos, no es posible el adecuado funcionamiento del sistema sanitario. Esto conlleva la necesidad de implantar mecanismos que favorezcan el rendimiento profesional, basados en la implicación de todo el personal y la introducción de sistemas de evaluación del rendimiento personal y del equipo, a los que se asocien mecanismos efectivos de incentivación. La visión y objetivos definidos constituyen el marco idóneo para establecer los compromisos que cada Departamento de Salud o Centro asume al firmar el Acuerdo de Gestión con la Conselleria de Sanitat.

El sistema de evaluación de la productividad variable regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanitat. En éste se establece el marco normativo que regula la diferenciación retributiva de los profesionales de las instituciones sanitarias y que se basa en los siguientes principios:

- a) Consistencia entre los principios estratégicos de la Conselleria de Sanitat y de los centros, los servicios y los profesionales que trabajan en ellos.
- b) Equidad en la fijación de objetivos considerando las diferencias entre centros, servicios y profesionales, e incorporando niveles de exigencia acordes con la situación de partida de cada uno de ellos, mediante unos objetivos adecuados a su trayectoria histórica y a su situación actual.
- c) Corresponsabilidad y trabajo en equipo, valorando la actuación de los profesionales en el marco de la unidad o servicio al que se adscriben. Cada profesional es evaluado por su actuación y por su contribución a la actuación de la unidad en la que se integra.
- d) Participación de los profesionales y de sus representantes en la elaboración de los objetivos.
- e) Proporcionalidad en la compensación en función del logro de los objetivos.
- f) Transparencia mediante la publicidad y el control de todo el proceso.
- g) Objetividad de todo el proceso tanto de fijación como de evaluación de objetivos.

Adicionalmente, se aprueba el sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanitat, y se establece que, para la evaluación de la actividad asistencial, se tendrá en cuenta, en cada grado, el tiempo de permanencia en el grado correspondiente y el cumplimiento de objetivos previamente fijados medidos mediante indicadores fiables y referidos a la actividad y calidad asistenciales.

Todas estas circunstancias, junto con el análisis y valoración de la experiencia del sistema de determinación y evaluación de objetivos desde el año 2004, permiten definir un nuevo Acuerdo de Gestión para el año 2014 cuyo alcance abarca el departamento de salud en su conjunto, facilitando su desarrollo y la consolidación del modelo de gestión y organización previsto en la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

2. OBJETIVOS.

La Conselleria de Sanitat, en cumplimiento de los requerimientos y atribuciones normativamente establecidos, consciente de que ha de trasladar a la sociedad la realidad de un compromiso de mejora continua del servicio sanitario y de común acuerdo con el equipo directivo del Departamento de Salud ha decidido reflejar con la firma de este documento el compromiso de gestión para el ejercicio 2014.

Mediante este documento se formaliza un Acuerdo de Gestión, para el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2014, que ha de conducir a la mejora del servicio que se presta a los ciudadanos y que, como consecuencia de ello, tendrá un reconocimiento explícito de todos quienes forman parte de la organización.

El Acuerdo de Gestión constituye también el marco de referencia para la aplicación del modelo de diferenciación retributiva de los profesionales sanitarios.

Las partes firmantes del Acuerdo velarán para que, en el desarrollo de las actuaciones previstas, se respete el cumplimiento de los principios rectores del sistema de salud de la Comunidad Valenciana en relación a la universalización e igualdad de acceso a la asistencia y la concepción integral de la salud; la eficacia y la eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos así como su integración funcional; la descentralización, autonomía, coordinación y responsabilidad en la gestión; la mejora continua de la calidad asistencial; la modernización de los sistemas de información sanitarios como garantía de una asistencia sanitaria integral y eficaz; y la evaluación continua de los centros con criterios objetivos, homogéneos y de calidad.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo básico de este Acuerdo de Gestión es conseguir una mayor eficiencia en el servicio público sanitario que el departamento de salud que lo asume presta a la población que tiene asignada y a toda aquella otra que acuda a los centros del departamento de salud en demanda del servicio que éstos prestan.

Los objetivos asociados son:

- La consecución de un mayor grado de satisfacción profesional de todos los partícipes en la consecución del objetivo básico.
- La mejora continua en la prestación del servicio con criterios de calidad contrastada que sirvan como origen a la competencia interna del sistema.
- La incentivación económica de todos aquellos que participan en el sistema y hacen posible la consecución de los objetivos acordados, tanto a nivel de los profesionales que prestan los servicios asistenciales como de cada uno de los departamentos de salud considerados en su conjunto.

El Acuerdo de Gestión constituye el instrumento de partida para el logro sinérgico de estos fines pues, por un lado, define las condiciones sobre las que se ha de desarrollar la gestión integrada del departamento de salud y, por otro, establece las líneas estratégicas básicas que sustentan la actividad global del departamento de salud. Estas líneas estratégicas tienen asociado un conjunto de objetivos generales al que se vincula un sistema de incentivos para los profesionales implicados, lo que requerirá la actuación común y coordinada de todo el personal que integra el departamento de salud.

2.2. ACUERDO SOBRE GESTIÓN INTEGRADA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.

El equipo directivo determinará, junto con los responsables de los equipos y unidades que integran el Departamento de Salud, aquellos planes o líneas de actuación internas que permitan una mayor integración de la gestión mediante la mejora en los sistemas de interrelación de las unidades, la optimización de servicios, el aumento de la calidad y cobertura de la información y el uso adecuado de recursos y prestaciones, lo que habrá de repercutir en una mayor eficiencia y, con ello, en una evolución favorable de los flujos de ingresos y gastos que recoge la cuenta de resultados. Estos planes o líneas de actuación habrán de ser claramente explicitados, debiéndose informar de su alcance y contenido a la Comisión Central de Seguimiento conforme a lo previsto en el apartado 4.1.

2.3. ACUERDO SOBRE OBJETIVOS GLOBALES DE ACTIVIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SISTEMA DE PRODUCTIVIDAD VARIABLE.

El modelo de productividad variable y el Acuerdo de Gestión están directamente relacionados, y se establece todo lo relativo al ámbito de aplicación y requisitos para tener derecho a participar en el programa de productividad variable, fijación de valores objetivo y evaluación del cumplimiento de los mismos.

3. INCENTIVACIÓN.

Una vez evaluado el cumplimiento del Acuerdo de Gestión, la Comisión Central de Seguimiento determinará la distribución de los incentivos acordados, que deberá respetar el siguiente criterio general: Los incentivos asignados al personal que integra el Departamento de Salud se harán efectivos mediante el concepto retributivo de la productividad variable y se distribuirán conforme a la metodología desarrollada sobre productividad variable del personal sanitario.

4. COMISIONES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Con la finalidad de realizar el seguimiento de la aplicación estricta de los Acuerdos de Gestión y la productividad variable y en consonancia con su planteamiento descentralizado, se establecen comisiones de seguimiento a dos niveles: central y local.

Además, la Conselleria de Sanitat realizará cuantos estudios y auditorias precise para verificar que el procedimiento y los datos aportados se atienen a todo lo indicado en el presente acuerdo y que se garantiza la transparencia y efectividad del proceso, con especial énfasis en los aspectos relacionados con la difusión y comunicación del mismo a todo el personal implicado.

4.1. COMISIÓN CENTRAL DE SEGUIMIENTO.

La Comisión Central de Seguimiento tendrá la siguiente composición:

- *Presidente:* el Secretario Autonómico de Sanidad o el Director General de la Conselleria de Sanitat en quien delegue.
- *Secretario:* el Director de Gestión Sanitaria que se designe.
- *Vocales:* los Directores Generales de la Conselleria de Sanitat y un representante de cada uno de los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad firmantes del acuerdo de productividad.

La Comisión Central de Seguimiento desarrollará las siguientes funciones:

- a) Realizar el seguimiento de los Acuerdos de Gestión y, en particular, de los indicadores asociados al reparto de incentivos, supervisando el cumplimiento de los compromisos pactados, con especial atención a los plazos de ejecución.
- b) Conocer y supervisar los objetivos particulares pactados dentro de cada Departamento con sus unidades funcionales.
- c) Aprobar la evaluación de los objetivos globales y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada Departamento en función del grado de consecución de los objetivos.
- d) Conocer y supervisar el resultado de la evaluación de las unidades funcionales de cada Departamento con relación al cumplimiento de los objetivos particulares que hayan sido pactados.

La Comisión Central de Seguimiento tendrá capacidad para interpretar los criterios de forma que facilite la evaluación de los compromisos y se reunirá tantas veces como sea necesario para fijar el procedimiento de sus actuaciones.

Para facilitar el seguimiento y evaluación del Acuerdo, la Comisión Central de Seguimiento establecerá mecanismos que permitan a los equipos directivos de los Departamentos de Salud tener información, a lo largo del año, de su progreso en el grado de cumplimiento de los objetivos.

4.2. COMISIÓN LOCAL DE SEGUIMIENTO.

La Comisión Local de Seguimiento tendrá la siguiente composición:

- *Presidente:* el Director del Departamento o centro que suscribe el acuerdo de gestión.
- *Secretario:* el Subdirector Económico o Jefe de Servicio equivalente del área de gestión económica.
- *Vocales:* cuatro miembros del equipo directivo, un representante por cada uno de los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad firmantes del acuerdo de productividad, un representante de la Junta del Hospital, un representante de los profesionales de Atención Primaria del Departamento de Salud.

La Comisión Local de Seguimiento desarrollará las siguientes funciones:

- a) Realizar el seguimiento de los Acuerdos de Gestión y productividad variable de su ámbito, supervisando su estricto cumplimiento, en particular en lo que se refiere a plazos de ejecución
- b) Aprobar la relación de personal incluido en cada unidad funcional con derecho a participar en el programa de productividad variable.
- c) Conocer y supervisar los objetivos pactados dentro de cada unidad funcional con sus profesionales, en los casos en los que se ejerza este derecho.
- d) Aprobar la evaluación de los objetivos y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada unidad funcional en función del grado de consecución de los objetivos y del personal incluido en ella.
- e) Aprobar el importe por persona, en concepto de productividad variable, en función de los resultados obtenidos.

ANEXO: INDICADORES

A.1 PARTICIPACIÓN EN LA NOTIFICACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE EFECTOS ADVERSOS - SINEA

DG Responsable	DG de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
-----------------------	---

Código del indicador	Versión del indicador
Nombre largo	Participación en la notificación y utilización de la información del Sistema de Información para el Registro de Notificaciones de Eventos Adversos – SINEA
Nombre corto	SINEA
Finalidad	Impulsar la participación de los departamentos en las mejores prácticas de notificación de eventos adversos y utilización de la información obtenida para el aprendizaje en seguridad del paciente.
Definición	Proporción de adecuación en los departamentos de la notificación de eventos adversos en relación con el estándar establecido, y del tratamiento y actuaciones derivados de la información obtenida.
Fórmula (expresión de cálculo)	$SINEA = 100 \times \left(\text{MIN}[7N/P; 0,7] + \frac{0,1 \times (C_{cno}ACR + ACR)}{C_c} + \frac{0,1 \times ACR_{noC_c}}{N - C_c} + \frac{0,1 \times R}{N} \right)$ <p>Donde los términos de la fórmula son:</p> <p>TÉRMINO 1: MIN[7N/P ; 0,7]</p> <p><i>Donde:</i> 0,7 corresponde al peso asignado a este término.(70%) P: Personal del departamento⁽¹⁾, y 10%P se corresponde con el estándar, que es que el número de notificaciones sea igual al 10% de trabajadores del departamento. <i>Siendo</i> $0,7 \times N/10\%P \rightarrow 7N/P$</p> <p>MIN: Permite elegir entre el menor de 7N/P y 0,7 para eliminar el resultado hipotético de que el nº notificaciones superara el estándar óptimo y la proporción fuera mayor que 1.</p> <p><i>Personal del centro sanitario para organizaciones no departamentales</i></p>

<p>Fórmula (expresión de cálculo)</p>	<p>TÉRMINO 2:</p> $\frac{0,1 \times (C_{no}ACR + ACR)}{C_c}$ <p>Donde:</p> <p>0,1 corresponde al peso asignado a este término.</p> <p>Cc: nº de casos centinela del listado de eventos adversos graves y eventos centinela de la Comunidad Valenciana.</p> <p>CcnoACR: nº de casos centinela tratados en comisión de riesgos en los que no procede análisis causa raíz.</p> <p>ACR: nº de análisis causa raíz de casos centinela tratados en comisión de riesgos.</p> <p>TÉRMINO 3:</p> $\frac{0,1 \times ACR_{no}C_c}{N - C_c}$ <p>Donde:</p> <p>0,1 corresponde al peso asignado a este término</p> <p>ACRnoCc: nº de análisis causa raíz de casos no incluidos en el listado.</p> <p>N: Notificaciones en SINEA en el periodo evaluado.</p> <p>Cc: nº de casos centinela del listado de eventos adversos graves y eventos centinela de la Comunidad Valenciana</p> <p>TÉRMINO 4:</p> $\frac{0,1 \times R}{N}$ <p>Donde:</p> <p>0,1 corresponde al peso asignado a este término</p> <p>R: nº de revisiones de notificaciones, en plazo.</p> <p>N: Notificaciones en SINEA en el periodo evaluado.</p>
<p>Especificaciones (incluye/excluye)</p>	<p>El total del personal del departamento se constituye por fijos, interinos, eventuales y los equivalentes contratados en todas las categorías. A facilitar en principio por la dirección al inicio del ejercicio.</p> <p>Las notificaciones se extraen de la aplicación SINEA.</p> <p>El tratamiento de casos centinela en comisión de riesgos y ACR se comunican por el gestor SINEA mensualmente.</p> <p>El tratamiento de ACR se comunican por el gestor SINEA mensualmente.</p> <p>El plazo máximo de revisión en periodos vacacionales se establece en 45 días.</p> <p>El indicador sintético es acumulativo de los casos, mes a mes.</p>

Formato	Porcentaje
Ud. de medida	Porcentaje
Precisión <i>(decimales)</i>	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	<p>El estándar de notificaciones se establece en un número de notificaciones equivalente a que un 10% del personal del departamento haya tenido un problema relacionado con un evento adverso a lo largo del año. Si todos estos se notificaran se alcanzaría el óptimo del primer término de la fórmula. Los restantes tres términos se optimizan según las proporciones de casos centinela tratados en comisión de riesgos, con análisis causa raíz si procede, otros análisis causa raíz y revisión de notificaciones en SINEA.</p> <p>El indicador sintético es acumulativo de los casos, mes a mes.</p>
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Aplicación SINEA

A.2 QUEJAS POR DEMORA Y TRATO

DG Responsable	DG de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
-----------------------	---

Código del indicador	Versión del indicador
Nombre largo	Quejas por demora y trato
Nombre corto	Quejas por demora y trato
Finalidad	Disminuir las quejas por demora o trato en la asistencia por departamento
Definición	Número de quejas por demora en la asistencia o trato, percibidas por los ciudadanos
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$Tasa\ Quejas\ i = \frac{(Quejas\ demora + Quejas\ trato)i * 100.000}{Población\ i}$ <p>Donde: i = Departamento o centro</p>
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	
Formato	Numérico
Ud. de medida	Numérico
Precisión <i>(decimales)</i>	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	

A.3 PARTICIPACIÓN EN INICIATIVAS DE CIRUGÍA SEGURA

DG Responsable	DG de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
-----------------------	---

Código del indicador	Versión del indicador
Nombre largo	Participación en iniciativas de cirugía segura
Nombre corto	Checklist quirúrgico
Finalidad	Impulsar la participación de los departamentos en las mejores prácticas de seguridad quirúrgica de los pacientes impulsadas desde organismos internacionales (check list quirúrgico)
Definición	Proporción de intervenciones quirúrgicas en las que se aplica una lista de verificación de seguridad quirúrgica estandarizada y completada, respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas en los hospitales del departamento.
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$LVSQ = \frac{100 (n^{\circ}LVSQP + n^{\circ}LVSQCMA + n^{\circ}LVSQU)}{n^{\circ}QP + n^{\circ}CMA + n^{\circ}QU}$ <p>Donde:</p> <p>n^oLVSQP: Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía programada con constancia en la documentación clínica de una lista de verificación de seguridad quirúrgica estandarizada, completada y firmada</p> <p>n^oLVSQCMA: <i>ídem</i> de CMA. (No incluida en la anterior).</p> <p>n^oLVSQU: <i>ídem</i> de cirugía de Urgencias.</p> <p>n^oQP: Número total de intervenciones de cirugía programada practicadas en el departamento.</p> <p>n^oCMA: <i>ídem</i> de CMA.</p> <p>n^oQU: <i>ídem</i> de cirugía de Urgencias.</p>
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>Los términos de la fórmula se desglosan para permitir comparaciones entre centros de un mismo grupo.</p> <p>La lista de verificación quirúrgica debe estar basada en la de la OMS</p> <p>Los departamentos con sistemas informatizados remitirán los datos de todo el mes.</p>
Formato	Porcentaje
Ud. de medida	Porcentaje
Precisión <i>(decimales)</i>	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad

Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	

A.4 INDICADOR SINTÉTICO DE PREVENCIÓN DE UPP

DG Responsable	DG de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
-----------------------	---

Código del indicador	Versión del indicador
Nombre largo	Indicador sintético de prevención de UPP
Nombre corto	Prevención UPP sintético
Finalidad	Prevenir las lesiones por presión.
Definición	Suma ponderada por pesos establecidos en el 0,75 y 0,25, de los porcentajes de pacientes ingresados más de 24 horas en los que el centro sanitario evalúa el riesgo de padecer úlceras por presión cuando ingresan, y en los que se evita el desarrollo de UPP aplicando un plan de cuidados de prevención adecuado cuando se ha detectado riesgo medio o alto.
Fórmula (expresión de cálculo)	$\text{Ind.} = 0,75 \frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con EVRUPP en las primeras 24 horas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ pacientes ingresados más de 24 horas en el periodo analizado}} + 0,25 \times 100 \times 10/9 \times \left(1 - \frac{\text{MAX. (N}^\circ \text{ pacientes identificados con riesgo y desarrollan UPP, ingresados más de 24h.; 10\% Denominador)}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes identificados con riesgo medio/alto de UPP en valoración realizada primeras 24h. del ingreso}} \right)$

<p>Especificaciones (incluye/excluye)</p>	<p>En el primer término de la fórmula, EVRUPP es el número de pacientes a los que se ha practicado, en las primeras 24 horas del ingreso, una evaluación de riesgo de úlceras por presión. Se considera como evaluación de úlceras por presión, el empleo documentado de alguna escala estandarizada, como 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. 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 citadas. El denominador del primer término es el número total de pacientes hospitalizados más de 24 horas, en el periodo analizado.</p> <p>Los departamentos con sistemas de registro remitirán los datos de todo el periodo. Puesto que es una proporción el numerador está siempre incluido en el denominador.</p> <p>Exclusiones: pacientes obstétricas, pacientes pediátricos (salvo UCI o neonatos) y pacientes psiquiátricos.</p> <p>El segundo término es el porcentaje de pacientes, ingresados más de 24 horas, que desarrollan una UPP no comunitaria y en cuya historia consta la realización de Evaluación de Riesgo de UPP, en las primeras 24 horas del ingreso, con resultado medio o alto de posibilidad de desarrollo de UPP, todo ello en el día del corte. A partir de esta se obtiene el porcentaje de pacientes en los que se evita el desarrollo de UPP aplicando un plan de cuidados de prevención adecuado cuando se ha detectado riesgo medio o alto. ÓPTIMO: si sólo el 10% de los pacientes con riesgo desarrolla UPP = 100% consecución.</p> <p>UPP no comunitaria: úlcera por presión que se desarrolla durante el proceso de internamiento, independientemente de su extensión y grado. La base del cálculo siempre han de ser PACIENTE que presentan UPP y no ÚLCERAS POR PRESIÓN.</p> <p>Al facilitar los indicadores, calcular los denominadores en base a la obtención de puntuación de riesgo medio o alta según una determinada escala.</p> <p>Tener en cuenta siempre la existencia o no de pacientes ingresados fuera de sus unidades (pacientes ectópicos).</p> <p>Puesto que es una proporción el numerador está siempre incluido en el denominador.</p> <p>En el caso de cortes de prevalencia se recomienda que se incluya una ficha técnica con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fecha de realización del corte •Metodología utilizada para hacer el corte •Población de estudio incluida en el corte <p>Los departamentos con sistemas de registro remitirán los datos de todo el periodo.</p>
<p>Formato</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Ud. de medida</p>	<p>Porcentaje</p>

Precisión <i>(decimales)</i>	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	<p>En el segundo término de la fórmula, se resta de 1 para invertir el sentido de minimizar/maximizar, se multiplica por 10/9 para distribuir proporcionalmente la consecución entre el 10 y el 100% de desarrollo de UPP y se elige el máximo entre pacientes que desarrollan UPP y el 10% del denominador para evitar los valores entre 0 y el 10% óptimo.</p> <p>Respecto de UPP no comunitaria: úlcera por presión que se desarrolla durante el proceso de internamiento, independientemente de su extensión y grado, y particularmente en los HACLE se aportará el dato de las procedentes de otros centros, no incluido en el indicador de su centro.</p>
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Historia clínica o registro específico.

A.5 INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DEL SIP

DG Responsable	DG de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
-----------------------	---

Código del indicador	Versión del indicador
Nombre largo	Indicador sintético de calidad del SIP
Nombre corto	Calidad SIP
Finalidad	<p>Mejorar el registro de las direcciones de los ciudadanos. Obtener altas de calidad no generando ciudadanos duplicados. Utilizar las búsquedas exhaustivas previas a hacer el alta. Evitar problemas en Historia Clínica, en facturación indebida y/o molestias al ciudadano.</p> <p>Estimular a los operadores a realizar los procedimientos de alta correctos.</p> <p>Estimular a que desde Hospitales se utilice el SIP, bien mediante navegador reducido o ampliado para realizar las altas de SIP en vez de utilizar la mensajería desde aplicativos propios</p> <p>Obtener altas de calidad acreditando siempre al ciudadano. Estimular a los operadores de centros a utilizar el botón de consulta SNS/INSS y solicitar documentación para registrar en SIP la situación real del ciudadano.</p> <p>Estimular a que se registre bien en mostradores evitando así que desde facturación y sin el paciente delante se tenga que investigar la acreditación del ciudadano.</p>
Definición	Indicador sintético sobre la calidad SIP que agrupa en un sólo indicador a tres indicadores de calidad que se van a monitorizar
Fórmula (expresión de cálculo)	$\text{Indicador sintético SIP} = \sum_i \frac{1}{3} \text{Cumplimiento}_i$ <p>Donde:</p> <p>i es el subindicador que forma parte del indicador de calidad del SIP y el cumplimiento de estos indicadores se calcula de manera análoga a la de los indicadores de los Acuerdos de Gestión.</p> <p>Los subindicadores que forman parte de este indicador son los siguientes:</p> <p><u>Subindicador 1:</u></p> $[\text{DireccionesSIP}] = 1000 \frac{A+B}{\text{Población empadronada y no empadronada más de 1 mes}}$

Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	<p>Donde:</p> <p>A.Nº de Direcciones SIP marcadas para revisar</p> <p>B.Direcciones SIP que estaban marcadas a revisar y revisadas</p> <p>Excluye a los ciudadanos con situación de empadronamiento 3 (no empadronados menos de 1 mes) porque no están obligados a rellenar dirección habitual.</p> <p><u>Subindicador 2:</u></p> $[\text{Altas duplicados SIP}] = \frac{\sum \text{Altas de ciudadanos duplicados durante el mes del estudio}}{\text{Total de Altas}} \times 100$ <p>Donde las altas son altas realizadas por operadores de centros sanitarios que han generado un registro duplicado en el periodo estudiado. Si en ese tiempo se registra que no es duplicado no se tiene en cuenta. Incluye todas las altas para todas las situaciones de empadronamiento. Excluye los duplicados descartados duplicados (en el proceso de tratamiento de candidatos a duplicados, se han marcado como que no lo son) en el mes en curso.</p> <p><u>Subindicador 3:</u></p> $[\text{Altas No Acreditadas}] = \frac{\sum \text{Altas con modalidad SN1 que persisten SN1 15 días después del alta}}{\text{Total de altas}} \times 100$ <p>Donde el numerador es el número de altas no acreditadas que persisten en la modalidad de acreditación desconocida (SN1) durante los 15 días posteriores a la fecha de alta y en el denominador se incluyen todas las altas para todas las situaciones de empadronamiento con modalidad SN1</p>
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	
Formato	Porcentaje
Ud. de medida	Porcentaje
Precisión <i>(decimales)</i>	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	
Sistema de Información para la obtención del dato	DMSIP (DataMart de SIP)

A.6 TASA DE CESÁREAS EN GRUPOS DE BAJO RIESGO

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	CMBD0014	Versión del indicador	2
Nombre largo	Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo		
Nombre corto	Tasa cesáreas bajo riesgo		
Finalidad	Incentivar el uso apropiado de las cesáreas		
Definición	Tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo de cesáreas respecto al total de partos de bajo riesgo de cesáreas		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$CMBD0014.2 = 100 \frac{CPBR.2}{PBR.2}$ <p>Donde CPBR.2 es el número de cesáreas en partos con bajo riesgo de cesárea. PBR.2 es el número de partos con bajo riesgo de cesárea.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> * DRG = 370 o 371 o 650 o 651. * Edad < 35 años. * Gestación, entre 37 y 41 semanas, o no informado. * Peso nacido, entre 2500 gr. y 3999 gr., o no informado. <p>Excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Embarazo múltiple, cuando se da alguna de las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 651* o V27.2 o V27.3 o V27.4 o V27.5 o V27.6 o V27.7 o (V31* a V37*). - Sexo segundo nacido no nulo. * Presentación no cefálica: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 652.2* o 652.3* o 652.6* o 652.8* o 652.9* o 660*. * Cesárea previa: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 654.2*. * Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 641.0* o 641.1* o 641.2*. * Preeclampsia severa: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 642.5*. * Crecimiento intrauterino restringido: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 656.5*. * Neoplasias: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 entre 140* y 239*. * Infecciones: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 647*. * Miopía magna, trombofilias: <ul style="list-style-type: none"> - D1 a D30 = 649.3*. 		
Formato	Porcentaje		

Ud. de medida	Porcentaje
Precisión (<i>decimales</i>)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Alumbra

A.7 TASA DE REINGRESOS A 30 DÍAS CON MISMA CDM

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	CMBD0021	Versión del indicador	2
Nombre largo	Tasa de reingresos a 30 días con misma CDM		
Nombre corto	Reingresos a 30 días		
Finalidad	Monitorización y reducción de la recurrencia de hospitalizaciones por insuficiente resolución durante episodios previos.		
Definición	Porcentaje de reingresos urgentes, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio índice, con la misma CDM que el episodio índice.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$CMBD0021.2 = 100 \frac{R30.2}{Altas_R30.2}$ <p>Donde:</p> <p>R30.2 es el número de altas con un reingreso, por cualquier causa, en los treinta días siguientes al alta y con la misma CDM que el ingreso índice.</p> <p>Altas_R30.2 es el número de altas durante el periodo de estudio, excluyendo las altas con circunstancia de alta por alta voluntaria, fuga y traslados a otros hospitales de agudos.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>Incluye nuevos ingresos en los 30 días siguientes al del ingreso índice, con la misma CDM que el ingreso índice.</p> <p>Excluye los nuevos ingresos con circunstancia de ingreso programado o ingresos desde CMA.</p> <p>Excluye los nuevos ingresos con GRD con CDM 21 (lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos), 22 (quemaduras) y 25 (politraumatismos).</p> <p>Excluye las altas con circunstancia de alta por éxitus, fuga, alta voluntaria y traslados a otros hospitales de agudos.</p>		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	Alumbra		

A.8 TASA DE SUSTITUCIÓN AMBULATORIA

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	CMBD0017	Versión del indicador	2
Nombre largo	Tasa de sustitución ambulatoria		
Nombre corto	Sustitución ambulatoria		
Finalidad	Conocer la CMA realizada en los centros respecto a la que potencialmente se podría ambulatorizar.		
Definición	Porcentaje de las intervenciones potencialmente ambulatorizables que se han ambulatorizado.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$CMBD0017.2 = 100 \frac{IRCMA.1}{IPA.1}$ <p>Donde:</p> <p>IRCMA.1 es el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el periodo de estudio con CMA de los GRD potencialmente ambulatorizables</p> <p>IPA.1 es el número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el periodo de estudio de los GRD potencialmente ambulatorizables</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>En IRCMA.1 se incluyen los episodios CMBD de hospitalización o CMA que cumplen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> -GRD potencialmente ambulatorizable -Tipo de ingreso programado -Estancia = 0 días -Circunstancia de alta Domicilio, Equipo atención primaria, Consultas externas u Hospital de día. <p>En IPA.1 se incluyen los episodios CMBD de hospitalización o CMA que cumplen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GRD potencialmente ambulatorizable - Tipo de ingreso Programado 		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		

**Sistema de Información
para la obtención del dato**

Alumbra

A.9 ALERTAS POR RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS TIPO-I CON SEGUIMIENTO

DG Responsable	DG de Salud Pública		
Código del indicador		Versión del indicador	
Nombre largo	Alertas por resistencias antimicrobianas Tipo-I con seguimiento		
Nombre corto	Alertas resist. antimicrobianas Tipo-I seguimiento		
Finalidad	Evaluar el control de las resistencias bacterianas excepcionales clasificadas como tipo I		
Definición	Es el Nº de alertas por resistencias antimicrobianas TIPO-I identificadas por REDMIVA seguidas por los Servicios de Microbiología de donde procede la cepa, entre el Nº de alertas por resistencias antimicrobianas TIPO-I identificadas por REDMIVA seguidas por los Servicios de Microbiología de donde procede la cepa, expresado en porcentaje		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$\text{Alertas resist antimicrobianas Tipo I} = 100 \frac{Al_T_I_Seg.1}{Al_T_I_Ident.1}$ <p>Donde</p> <p>Al_T_I_Seg.1 es el número de alertas por resistencias antimicrobianas TIPO-I identificadas por REDMIVA seguidas por los Servicios de Microbiología de donde procede la cepa</p> <p>Al_T_I_Ident.1 es el número de alertas por resistencias antimicrobianas TIPO-I identificadas por REDMIVA seguidas por los Servicios de Microbiología de donde procede la cepa</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato	REDMIVA		

A.10 COBERTURA VACUNAL ANTIGRI PAL EN MAYORES DE 64 AÑOS

DG Responsable	DG de Salud Pública		
Código del indicador	844	Versión del indicador	1
Nombre largo	Cobertura vacunal antigripal en mayores de 64 años		
Nombre corto	Vacunación gripe>64 años		
Finalidad	Mejorar la calidad de los programas de vacunaciones potenciando la evaluación.		
Definición	Porcentaje de población mayor de 64 años vacunada frente a la gripe respecto al total de población mayor de 64 años.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$844.01 = 100 \frac{PV64años.1}{TP64años.1}$ <p>Donde:</p> <p>PV64años.1 es la población mayor de 64 años vacunada frente a la gripe en el periodo de estudio</p> <p>TP64años.1 es la población mayor de 64 años el último día del periodo de estudio</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	8 días		
Sistema de Información para la obtención del dato			

A.11 SEMANAS TRANSCURRIDAS DESDE LA SOLICITUD DE LA PRIMERA PRUEBA PARA LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA HASTA EL INICIO DE TRATAMIENTO EN CRIBADO MAMOGRÁFICO

DG Responsable	DG de Salud Pública		
Código del indicador	489	Versión del indicador	2
Nombre largo	Semanas transcurridas desde la solicitud de la primera prueba para la confirmación diagnóstica hasta el inicio de tratamiento en cribado mamográfico		
Nombre corto	Semanas cribado mamográfico		
Finalidad	Garantizar la atención eficaz tras el cribado mamográfico		
Definición	Es la media (a partir de 4 casos percentil 75) de semanas transcurridas desde la solicitud de la 1 prueba al hospital para la confirmación de la sospecha diagnóstica hasta el inicio de tratamiento (neoadyuvante o quirúrgico) El tiempo se mide en semanas. Se utilizan los casos identificados por el programa con información disponible en el momento de obtener el indicador		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	Media (a partir de 4 casos percentil 75) de semanas transcurridas desde la solicitud de la 1 prueba al hospital para la confirmación de la sospecha diagnóstica hasta el inicio de tratamiento (neoadyuvante o quirúrgico) El tiempo se mide en semanas. Se utilizan los casos identificados por el programa con información disponible en el momento de obtener el indicador		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Semanas		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones	El indicador definitivo será el percentil 75 de este valor. El control mensual se realizará a través de la media del valor. El valor del indicador se cambiara por el valor del percentil 75 a partir del mes que sea posible su obtención (al menos 4 casos con información completa). Se indicará en la información proporcionada cada mes, cuando se utiliza la media y cuando el percentil 75.		
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Calidad		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			

B.1 ALTAS PONDERADAS POR MÉDICO DE UHD (LÍNEA BÁSICA)

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria																																																																	
Código del indicador	962	Versión del indicador	1																																																															
Nombre largo	Altas ponderadas por médico de UHD (línea básica)																																																																	
Nombre corto	Altas P. por médico UHD																																																																	
Finalidad	Medir la productividad de una UHD a través de la productividad de los médicos de esa UHD																																																																	
Definición	Es la relación entre el número de altas ponderadas (línea básica) entre el número de equivalentes a tiempo completo regulares de médico																																																																	
Fórmula (expresión de cálculo)	$962.1 = \frac{APLB.1}{ETC.1}$ <p>Donde:</p> <p>APLB.1 es el número de altas ponderadas (línea básica)</p> <p>ETC.1 es el número de equivalentes a tiempo completo regulares de médico</p> <p>Los coeficientes para el cálculo de la ponderación son los siguientes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FUNCION</th> <th>LINEA</th> <th>COEFICIENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>C.Externa</td><td>Línea Básica</td><td>0,161649265</td></tr> <tr><td>C.Externa</td><td>Línea Pediátrica</td><td>0,161649265</td></tr> <tr><td>C.Externa</td><td>Línea S. Mental</td><td>0,161649265</td></tr> <tr><td>C.Externa</td><td>Línea Rehabilitación</td><td>No Abierta</td></tr> <tr><td>Hospital de Día</td><td>Línea Básica</td><td>0,283746050</td></tr> <tr><td>Hospital de Día</td><td>Línea Pediátrica</td><td>0,283746050</td></tr> <tr><td>Hospital de Día</td><td>Línea S. Mental</td><td>0,283746050</td></tr> <tr><td>Hospital de Día</td><td>Línea Rehabilitación</td><td>No Abierta</td></tr> <tr><td>Hospitalización Médica</td><td>Línea Básica</td><td>1</td></tr> <tr><td>Hospitalización Médica</td><td>Línea Pediátrica</td><td>1</td></tr> <tr><td>Hospitalización Médica</td><td>Línea S. Mental</td><td>1,416430594</td></tr> <tr><td>Hospitalización Médica</td><td>Línea Rehabilitación</td><td>No Abierta</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Post-Quirúrgica</td><td>Línea Básica</td><td>1,227846543</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Post-Quirúrgica</td><td>Línea Pediátrica</td><td>1,227846543</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Post-Quirúrgica</td><td>Línea S. Mental</td><td>N.A.</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Post-Quirúrgica</td><td>Línea Rehabilitación</td><td>No Abierta</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Paliativa</td><td>Línea Básica</td><td>1,159059621</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Paliativa</td><td>Línea Pediátrica</td><td>1,159059621</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Paliativa</td><td>Línea S. Mental</td><td>N.A.</td></tr> <tr><td>Hospitalización - Paliativa</td><td>Línea Rehabilitación</td><td>No Abierta</td></tr> </tbody> </table> <p>No Abierta = La línea Rhb no está todavía abierta como para asumir altas diferenciadas N.A. = No se aplica</p>			FUNCION	LINEA	COEFICIENTE	C.Externa	Línea Básica	0,161649265	C.Externa	Línea Pediátrica	0,161649265	C.Externa	Línea S. Mental	0,161649265	C.Externa	Línea Rehabilitación	No Abierta	Hospital de Día	Línea Básica	0,283746050	Hospital de Día	Línea Pediátrica	0,283746050	Hospital de Día	Línea S. Mental	0,283746050	Hospital de Día	Línea Rehabilitación	No Abierta	Hospitalización Médica	Línea Básica	1	Hospitalización Médica	Línea Pediátrica	1	Hospitalización Médica	Línea S. Mental	1,416430594	Hospitalización Médica	Línea Rehabilitación	No Abierta	Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea Básica	1,227846543	Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea Pediátrica	1,227846543	Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea S. Mental	N.A.	Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea Rehabilitación	No Abierta	Hospitalización - Paliativa	Línea Básica	1,159059621	Hospitalización - Paliativa	Línea Pediátrica	1,159059621	Hospitalización - Paliativa	Línea S. Mental	N.A.	Hospitalización - Paliativa	Línea Rehabilitación	No Abierta
FUNCION	LINEA	COEFICIENTE																																																																
C.Externa	Línea Básica	0,161649265																																																																
C.Externa	Línea Pediátrica	0,161649265																																																																
C.Externa	Línea S. Mental	0,161649265																																																																
C.Externa	Línea Rehabilitación	No Abierta																																																																
Hospital de Día	Línea Básica	0,283746050																																																																
Hospital de Día	Línea Pediátrica	0,283746050																																																																
Hospital de Día	Línea S. Mental	0,283746050																																																																
Hospital de Día	Línea Rehabilitación	No Abierta																																																																
Hospitalización Médica	Línea Básica	1																																																																
Hospitalización Médica	Línea Pediátrica	1																																																																
Hospitalización Médica	Línea S. Mental	1,416430594																																																																
Hospitalización Médica	Línea Rehabilitación	No Abierta																																																																
Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea Básica	1,227846543																																																																
Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea Pediátrica	1,227846543																																																																
Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea S. Mental	N.A.																																																																
Hospitalización - Post-Quirúrgica	Línea Rehabilitación	No Abierta																																																																
Hospitalización - Paliativa	Línea Básica	1,159059621																																																																
Hospitalización - Paliativa	Línea Pediátrica	1,159059621																																																																
Hospitalización - Paliativa	Línea S. Mental	N.A.																																																																
Hospitalización - Paliativa	Línea Rehabilitación	No Abierta																																																																
Especificaciones (incluye/excluye)	Los ETC "regulares" se refiere a los efectivamente trabajados en el mes, a diferencia de los ETC "básicos" que se refiere a la plantilla contratada																																																																	
Formato	Numérico																																																																	
Ud. de medida	Numérico																																																																	
Precisión (decimales)	2																																																																	

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	20 días
Sistema de Información para la obtención del dato	

B.2 CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	959	Versión del indicador	1
Nombre largo	Control de factores de riesgo cardiovascular		
Nombre corto	Control cardiovascular		
Finalidad	Mejorar el control de las patologías cardiovasculares		
Definición	Es un indicador sintético que consta de los indicadores 839.01 Control de hipertensión y 840.01 Control de diabetes, cada uno de ellos ponderados al 50%		
Fórmula (expresión de cálculo)	$CRCV = 0,5*(Resultado Control Diabetes)+0,5*(Resultado Control Hipertensión)$ <p>El Resultado de Control de Diabetes (CD) se calcula del siguiente modo:</p> $CD = 100 \frac{DR}{DT}$ <p>Dónde: <i>DR</i>: Número de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus 2 y Hb1Ac con la media de las muestras realizadas en los últimos 12 meses <8.</p> <p><i>DT</i>: Número de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus 2.</p> <p>Y el Resultado del Control de Hipertensión (CHTA) se calcula del siguiente modo:</p> $CHTA = 100 \frac{(NHTA - NHTA3)}{HTA}$ <p>Dónde:</p> <p><i>NHTA</i>: Número de pacientes mayores de 14 años adscritos a médico y diagnosticados de HTA que en la media de presión arterial de las tomas de los últimos 5 meses, se sitúa, para la sistólica por debajo o igual a 150 mm Hg y para la diastólica por debajo o igual a 90 mm Hg. exceptuando diabéticos y enfermos renales, asignados al ámbito de la consulta.</p> <p><i>NHTA3</i>: Número de pacientes mayores de 14 años adscritos a médico y diagnosticados de HTA con tratamiento con tres o más antihipertensivos diferentes, que en la media de presión arterial de las tomas de los últimos 5 meses, se sitúa, para la sistólica por encima de 150 mm Hg y para la diastólica por encima de 90 mm Hg.</p> <p><i>HTA</i>: Número de pacientes mayores de 14 años diagnosticados de HTA, exceptuando diabéticos y enfermos renales, asignados al ámbito de la consulta.</p>		
Especificaciones (incluye/excluye)			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión (decimales)	4		

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	7 días
Sistema de Información para la obtención del dato	DMSIA

B.3 DEMORA EN PRIMERAS CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	25	Versión del indicador	1
Nombre largo	Demora en primeras consultas de Atención Especializada		
Nombre corto	Demora AE		
Finalidad	Reducir el tiempo que deben esperar los pacientes para ser vistos en la consulta de atención especializada.		
Definición	Tiempo medio de demora estructural en consultas de Atención Especializada expresado en días		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$25.1 = \frac{LECEX015.1}{LECEX003.1}$ <p>Donde</p> <p>LECEX015.1 es el número total de días de demora de todas las propuestas y citas de consultas que, en un momento dado (fecha de corte), se encuentran pendientes de ser atendidas en un tramo de demora estructural</p> <p>LECEX003.1 es el número total de propuestas y citas de consultas que, en un momento dado (fecha de corte), se encuentran pendientes de ser atendidas en demora estructural, es decir, cuya demora es atribuible a la organización y recursos disponibles.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Sólo se tiene en cuenta la Demora Estructural		
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Días		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones	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)		
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	20 días		
Sistema de Información para la obtención del dato			

B.4 DEMORA MEDIA TOTAL EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	874	Versión del indicador	1
Nombre largo	Demora media total en Intervenciones Quirúrgicas		
Nombre corto	Demora quirúrgica total		
Finalidad	Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica. Se entiende como tiempo de espera la diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte		
Definición	Promedio de días de demora de todas las solicitudes activas en LEQ en una fecha determinada (fecha de corte)		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$874.1 = \frac{\sum_i (FC - FRS_i)}{N}$ <p>Donde: FC: Fecha de corte o fecha en la que se obtiene el indicador, FRS_i: Fecha de inclusión en lista de espera del paciente i y N: Número de pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica en la fecha de corte</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	La suma se extiende a los N pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica en la fecha de corte. En este indicador se tiene en cuenta tanto la demora estructural como la no estructural		
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Días		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	20 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	LEQ		

B.5 PACIENTES CON DEMORA MAYOR DE 180 DÍAS PARA CIRUGÍA CARDIACA VALVULAR, CIRUGÍA CARDIACA CORONARIA, CATARATAS, PRÓTESIS DE RODILLA Y PRÓTESIS DE CADERA

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Pacientes con demora mayor de 180 días para Cirugía Cardíaca Valvular, Cirugía Cardíaca Coronaria, Cataratas, Prótesis de rodilla y Prótesis de cadera		
Nombre corto	Pacientes demora mayor 180 días		
Finalidad	Garantizar el tiempo máximo de acceso (< 180 días) para Cirugía Cardíaca Valvular, Cirugía Cardíaca Coronaria, Cataratas, Prótesis de rodilla y Prótesis de cadera		
Definición	Número de pacientes con demora superior a 180 días para ser intervenidos de Cirugía Cardíaca Valvular, Cirugía Cardíaca Coronaria, Cataratas, Prótesis de rodilla y Prótesis de cadera.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	Contar el número de pacientes que en un momento dado (fecha de corte) se encuentran pendientes de ser intervenidos de Cirugía Cardíaca Valvular, Cirugía Cardíaca Coronaria, Cataratas, Prótesis de rodilla o Prótesis de cadera y con una demora superior a 180 días.		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Pacientes		
Precisión <i>(decimales)</i>	0		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			

B.6 GESTIÓN DE LA FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	670	Versión del indicador	4
Nombre largo	Gestión de la frecuentación en Atención Primaria		
Nombre corto	Frecuentación en AP		
Finalidad	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		
Definición	Porcentaje de pacientes, estandarizado por grupo de edad y sexo, que utilizan los servicios de medicina de atención primaria por encima del estándar de alta frecuentación		
Fórmula (expresión de cálculo)	$670.4 = 100 \frac{Pac > FrecStd. 2}{ATP013.2}$ <p>Donde:</p> <p>Pac>FrecStd.2: 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.</p> <p>ATP013.2: Número promedio de pacientes adscritos a médico de familia en el territorio analizado</p>		
Especificaciones (incluye/excluye)	<p>Sólo incluye la población asignada al ámbito. Sólo incluye pacientes atendidos en el ámbito. Sólo incluye consultas mfc cuya fecha de consulta está dentro del periodo de estudio. Se excluyen los casos en los que: Departamento Asignación ≠ Departamento Atención Procedencia Asignación ≠ Procedencia Atención Centro asignación ≠ Centro Atención Centro asignación = Centro Atención pero Servicio asignado ≠ Servicio Atención Centro Asignación= Centro Atención pero Recurso Asignación ≠ Recurso Atención</p> <p>En el cálculo de este indicador se contabilizarán los últimos 12 meses</p>		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Pacientes		
Precisión (decimales)	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			

Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	8 días
Sistema de Información para la obtención del dato	SIP, CRC y Alumbra

B.7 PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS A TIEMPO EN URGENCIAS

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	URG003	Versión del indicador	1
Nombre largo	Porcentaje de pacientes atendidos a tiempo en urgencias		
Nombre corto	% pacientes atendidos en tiempo		
Finalidad	Conseguir una atención rápida y adecuada en urgencias		
Definición	Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo respecto del total de pacientes clasificados.		
Fórmula (expresión de cálculo)	$URG003.1 = 100 \frac{UH037.1 + UH038.1 + UH028.1 + UH048.1 + UH049.1}{UH042.1 + UH043.1 + UH044.1 + UH045.1 + UH046.1}$ <p>Donde:</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>UH042.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 1</p> <p>UH043.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 2</p> <p>UH044.1 es el número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 3</p> <p>UH045.1 es el Número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 4</p> <p>UH046.1 es el Número de pacientes registrados en urgencias con nivel de severidad 5</p>		
Especificaciones (incluye/excluye)			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión (decimales)	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		

Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	7 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Alumbra, IRIS, ALERT, HIGIA, Orion Clinic

B.8 PORCENTAJE DE PACIENTES CON DEMORA QUIRÚRGICA MAYOR DE 180 DÍAS

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	283	Versión del indicador	1
Nombre largo	Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días		
Nombre corto	% Pac con demora Q >180días		
Finalidad	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.		
Definición	Porcentaje de solicitudes activas en lista de espera quirúrgica (LEQ) que superan los 180 días de demora en una fecha determinada (fecha de corte)		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$283.1 = 100 \frac{\text{Pac_dem_IQ180.1}}{\text{Pacientes_LEQ.1}}$ <p>Donde: Pac_dem_IQ180.1 es el número de solicitudes activas en lista de espera quirúrgica (LEQ) que superan los 180 días de demora en una fecha determinada (fecha de corte) y Pacientes_LEQ.1 es el número de solicitudes activas en lista de espera quirúrgica (LEQ) en una fecha determinada (fecha de corte).</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	20 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	LEQ		

B.9 PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ESPERAN MÁS DE 2 DÍAS PARA UNA VISITA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	29	Versión del indicador	3
Nombre largo	Porcentaje de pacientes que esperan más de 2 días para una visita en atención primaria		
Nombre corto	Pacientes con demora > 2 días AP		
Finalidad	Mejorar la accesibilidad en las consultas de atención primaria como un componente de la calidad asistencial		
Definición	Porcentaje de citas a demanda (Cita Previa, Avisos a Domicilio y Consultas sin cita) obtenidas después de 2 días para los servicios de MFC y PAP en el periodo para el que se calcula el indicador		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$29.03 = 100 \frac{CID48.1}{CID.1}$ <p>Donde:</p> <p>CID48.1 es el el número total de Citas a demanda obtenidas después de 2 días para los servicios de 'MFC', 'PAP' en el periodo para el que se calcula el indicador. Se excluye de la contabilización horaria los fines de semana (sábado y domingo). Se excluyen las citas que no aceptan el primer hueco libre ofrecido en la citación y las citas anuladas.</p> <p>CID.1 es el número total Citas a demanda para los servicios de 'MFC', 'PAP' en el periodo para el que se calcula el indicador. Se excluyen las citas que no aceptan el primer hueco libre ofrecido en la citación y las citas anuladas.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			

B.10 RENDIMIENTO DE BLOQUE QUIRÚRGICO

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	QUIR011	Versión del indicador	1
Nombre largo	Rendimiento de Bloque Quirúrgico		
Nombre corto	Rendimiento Bloque Quirúrgico		
Finalidad	Mejorar la eficiencia del quirófano		
Definición	Porcentaje de tiempo de quirófano empleado respecto al tiempo de disponibilidad de quirófano		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$QUIR011.1 = 100 \frac{QH058.1}{QH048.1}$ <p>Donde: QH058.1 son los minutos transcurridos entre la hora de entrada y la hora de salida de las intervenciones realizadas en el periodo de estudio, excluyendo las intervenciones sin parte asignado incluyendo sólo las intervenciones con tiempo estructural asignado superior a 0</p> <p>QH048.1 son los 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, si el turno es Noche el valor es 660.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Sólo incluye las intervenciones con tiempo de intervención superior a 0		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Diario		
Decalaje mínimo en obtención de datos	7 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	HIGIA, IRIS y Alumbra		

B.11 PORCENTAJE DE DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA MFC, PEP Y ACM

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	ATP040	Versión del indicador	1
Nombre largo	Porcentaje de derivación a especializada MFC, PEP y ACM		
Nombre corto	Deriva. a espec. (MFC, PEP y ACM)		
Finalidad	Medir la capacidad de resolución de las consultas de facultativos en atención primaria		
Definición	Porcentaje de interconsultas solicitadas por los servicios MFC, PEP y ACM registradas en un periodo de estudio en el ámbito de atención primaria respecto al total de atenciones realizadas por los servicios MFC, PEP y ACM		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$ATP040.1 = 100 \frac{ATP041.1}{ATP042.1}$ <p>Dónde: ATP041.1 es el número total de interconsultas solicitadas por los servicios de MFC, PEP y ACM cuya fecha de registro está dentro del periodo de estudio. ATP042.1 es el número de atenciones realizadas por los servicios MFC, PEP y ACM en el ámbito de atención primaria cuya fecha de consulta está dentro del periodo de estudio.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>En el numerador se incluyen sólo las interconsultas solicitadas por los servicios MFC, PEP y ACM.</p> <p>En el denominador se incluyen sólo las consultas MFC, PEP y ACM realizadas a la población asignada al ámbito.</p>		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Interconsultas / Consulta		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Diaria		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato	SIA, SIP, CRC, Alumbra		

B.12 TASA DE RETORNO A URGENCIA A 72 HORAS

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	URG037	Versión del indicador	1
Nombre largo	Tasa de retorno a urgencia a 72 horas		
Nombre corto	Tasa de retorno a urgencia a 72 h		
Finalidad	Permite detectar pacientes en los cuales no se ha instaurado un tratamiento adecuado o se han desarrollado complicaciones.		
Definición	Tasa de pacientes que vuelven a registrarse en urgencias antes de las 72 horas desde su alta administrativa en urgencias.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$URG037.1 = 100 \frac{UH021.1}{URG013.1}$ <p>Donde:</p> <p>UH021.1 es el número de pacientes registrados que retornan antes de las 72 horas de su anterior registro en urgencias URG013.1 es el número de urgencias registradas en el periodo de estudio</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato	Alumbra, IRIS, HIGIA, Orion Clinic		

B.13 TASA DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA (ENF Y ACE) A DOMICILIO EN LA POBLACIÓN ASIGNADA AL ÁMBITO

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	ATP014	Versión del indicador	2
Nombre largo	Tasa de consultas de enfermería (ENF y ACE) a domicilio en la población asignada al ámbito		
Nombre corto	Tasa consultas ENF y ACE a dom.		
Finalidad	Medir la tasa de consultas de enfermería (ENF y ACE) a domicilio realizadas en atención primaria sobre la población asignada al ámbito entre el número de población asignada al ámbito.		
Definición	Tasa de consultas a domicilio realizadas por el servicio de enfermería (ENF y ACE) con origen en cita previa y sin cita y atención continuada sobre la población asignada al ámbito (departamento, procedencia (zona), centro, servicio) y para consultas cuya fecha de consulta está dentro del periodo de estudio entre el número de población asignada al ámbito.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$ATP014.2 = \frac{ATP012.2}{ATP013.1}$ <p>Donde:</p> <p>ATP012.2 es el número de consultas a domicilio, con origen en cita previa y sin cita y atención continuada realizadas por los servicios de enfermería (ENF) y enfermería atención continuada (ACE) sobre la población asignada al ámbito (departamento, procedencia (zona), centro, servicio) y para consultas cuya fecha de consulta está dentro del periodo de estudio.</p> <p>ATP013.1 es el número total de población asignada al ámbito en un periodo.</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	En el numerador se incluyen sólo las consultas realizadas a domicilio por el servicio de enfermería (ENF) y por el servicio de enfermería atención continuada (ACE). En el denominador, se incluye la población asignada que en algún momento del periodo de estudio ha estado asignada al ámbito.		
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Consultas/Población		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Diario		
Decalaje mínimo en obtención de datos			

**Sistema de Información
para la obtención del dato**

SIA, SIP, CRC, Alumbra

B.14 PORCENTAJE DE INTERVENCIONES SUSPENDIDAS

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	ACTIQUI0004	Versión del indicador	1
Nombre largo	Porcentaje de intervenciones suspendidas		
Nombre corto	% interv. suspendidas		
Finalidad			
Definición	Es el porcentaje de intervenciones suspendidas en el periodo de estudio sobre el total de intervenciones realizadas y suspendidas en el periodo de estudio.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$ACTIQUI0004.1 = 100 \frac{ACTIQUI0003.1}{ACTIQUI0005.1 + ACTIQUI0003.1}$ <p>Donde:</p> <p>ACTIQUI0003.1 es el número de intervenciones suspendidas con fecha de intervención dentro del periodo de estudio (Incluye los registros que tienen codificado el campo Motivo de Suspensión con valores válidos)</p> <p>ACTIQUI0005.1 es el número de intervenciones realizadas con fecha de intervención dentro del periodo de estudio (Incluye los registros que no tienen codificado el campo Motivo de Suspensión)</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato	HIGIA, IRIS, Alumbra, SISAL, SISAL-QUIR		

B.15 ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	HOS029	Versión del indicador	1
Nombre largo	Estancia Media preoperatoria		
Nombre corto	EM preoperatoria		
Finalidad			
Definición	Promedio, en días, de estancias consumidas antes de cada intervención quirúrgica		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	Es el promedio, en días, de estancias consumidas antes de cada intervención quirúrgica.		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Días / Paciente		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato	Alumbra		

B.16 TASA DE FRACTURAS DE CADERA INTERVENIDAS CON MÁS DE 2 DÍAS DE RETRASO

DG Responsable	DG de Asistencia Sanitaria		
Código del indicador	135	Versión del indicador	2
Nombre largo	Tasa de fracturas de cadera intervenidas con más de 2 días de retraso		
Nombre corto	Caderas con demora Q > 2 días		
Finalidad	Reducir la demora en la intervención de las fracturas de cadera al estar asociada a un peor resultado en el tratamiento de la misma y mayores complicaciones		
Definición	Número de intervenciones realizadas más de 48 horas después del ingreso urgente durante el periodo para el que se calcula el indicador sobre el número total de intervenciones de fractura de cadera durante el periodo para el que se calcula el indicador		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$135.02 = 100 \frac{FC48.1}{NFRAC.1}$ <p>Donde: FC48.1 es el número de intervenciones realizadas más de 48 horas después del ingreso urgente durante el periodo de estudio NFRAC.1 es el número total de intervenciones de fractura de cadera durante el periodo de estudio</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Asistencial		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			

C.1.1 COSTE POR PACIENTE EN PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador	969	Versión del indicador	1
Nombre largo	Coste por paciente en patologías de alto impacto		
Nombre corto	Coste pac. patol. 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 para cada patología respecto a su objetivo		
Fórmula (expresión de cálculo)	$CAI = \frac{\sum \frac{IMP_i}{OBJ_i}}{NumPatologías} \times 100$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IMP_i: Importe anual por paciente para la patología i (considerando datos de los doce últimos meses disponibles). Se obtiene como: $IMP_i = \frac{P_{Medio}}{N^{\circ} PACI_i} = \frac{PVL - Descuentos + IVA}{N^{\circ} PACI_i}$ <ul style="list-style-type: none"> - P_{Medio}: precio medio de los consumos, valorado a $PVL - Descuentos + IVA$. - PVL: precio oficial marcado por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. - Los descuentos pueden ser de dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> - Descuentos obligatorios fijados según la legislación vigente. - Otros descuentos derivados de concursos, procedimientos de negociación, etc. - IVA: impuesto sobre el valor añadido. - $N^{\circ} PACI_i$: número de pacientes con la patología i. ▪ OBJ_i: Importe por paciente al año considerado como referencia (objetivo). <p>$NumPatologías$: número de patologías consideradas. En este caso, seis.</p>		

<p>Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i></p>	<p>Las patologías de alto impacto consideradas son:</p> <table border="1" data-bbox="566 309 1305 750"> <tr> <td data-bbox="566 309 1305 371">Infección por VIH</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 371 1305 434">Esclerosis Múltiple</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 434 1305 497">Hipertensión Pulmonar</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 497 1305 593">Artropatías (Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Espondilitis Anquilosante): terapia biológica</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 593 1305 656">Psoriasis en Placas: terapia biológica</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 656 1305 750">Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa Activa, Enfermedad de Crohn): terapia biológica</td> </tr> </table> <p>Se incluirá la información de los pacientes externos adultos atendidos en la UFPE o Servicio de Farmacia. No se incluirá la información de los pacientes con medicamentos administrados en Hospital de Día o en consultas.</p> <p>Dato acumulado de los doce últimos meses.</p>	Infección por VIH	Esclerosis Múltiple	Hipertensión Pulmonar	Artropatías (Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Espondilitis Anquilosante): terapia biológica	Psoriasis en Placas: terapia biológica	Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa Activa, Enfermedad de Crohn): terapia biológica
Infección por VIH							
Esclerosis Múltiple							
Hipertensión Pulmonar							
Artropatías (Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Espondilitis Anquilosante): terapia biológica							
Psoriasis en Placas: terapia biológica							
Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa Activa, Enfermedad de Crohn): terapia biológica							
<p>Formato</p>	<p>Porcentaje</p>						
<p>Ud. de medida</p>	<p>Porcentaje</p>						
<p>Precisión <i>(decimales)</i></p>	<p>4</p>						
<p>Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)</p>	<p>Minimizar</p>						

Observaciones	<p>Interpretación:</p> <p>El CAI es un índice adimensional, con tres posibles situaciones:</p> <p>CAI= 100% (se han alcanzado los objetivos en el conjunto de patologías estudiadas)</p> <p>CAI< 100% (se han mejorado los objetivos)</p> <p>CAI> 100% (no se han alcanzado los objetivos)</p> <p>Los códigos CIE que identifican las patologías son:</p> <table border="1" data-bbox="566 582 1313 1630"> <thead> <tr> <th data-bbox="566 582 890 645">ENFERMEDAD</th> <th data-bbox="890 582 1313 645">CIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="566 645 890 707">VIH en adultos</td> <td data-bbox="890 645 1313 707">042</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 707 890 864">Esclerosis múltiple excluyendo Natalizumab por ser administrado en hospital de día.</td> <td data-bbox="890 707 1313 864">340</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 864 890 1003">Hipertensión pulmonar excluyendo parenterales</td> <td data-bbox="890 864 1313 1003">416.8 (NEOM) 416.0 (Hipert. Pulmonar Primaria)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1003 890 1209">Artropatías</td> <td data-bbox="890 1003 1313 1209">714 y sus derivados (714*) 721 y sus derivados (721*) 720.0 (espondilitis anquilosante) 696.0 (artropatía psoriásica)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1209 890 1303">Terapia de biológicos con psoriasis</td> <td data-bbox="890 1209 1313 1303">696.1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1303 890 1630">Terapia de biológicos con enfermedad intestinal</td> <td data-bbox="890 1303 1313 1630">555 y sus derivados 555.0 (intestino delgado) 555.1 (intestino grueso) 555.2 (delgado y grueso) 555.9 (sitio no especificado) 556 colitis ulcerosa y sus derivados (556*)</td> </tr> </tbody> </table>	ENFERMEDAD	CIE	VIH en adultos	042	Esclerosis múltiple excluyendo Natalizumab por ser administrado en hospital de día.	340	Hipertensión pulmonar excluyendo parenterales	416.8 (NEOM) 416.0 (Hipert. Pulmonar Primaria)	Artropatías	714 y sus derivados (714*) 721 y sus derivados (721*) 720.0 (espondilitis anquilosante) 696.0 (artropatía psoriásica)	Terapia de biológicos con psoriasis	696.1	Terapia de biológicos con enfermedad intestinal	555 y sus derivados 555.0 (intestino delgado) 555.1 (intestino grueso) 555.2 (delgado y grueso) 555.9 (sitio no especificado) 556 colitis ulcerosa y sus derivados (556*)
ENFERMEDAD	CIE														
VIH en adultos	042														
Esclerosis múltiple excluyendo Natalizumab por ser administrado en hospital de día.	340														
Hipertensión pulmonar excluyendo parenterales	416.8 (NEOM) 416.0 (Hipert. Pulmonar Primaria)														
Artropatías	714 y sus derivados (714*) 721 y sus derivados (721*) 720.0 (espondilitis anquilosante) 696.0 (artropatía psoriásica)														
Terapia de biológicos con psoriasis	696.1														
Terapia de biológicos con enfermedad intestinal	555 y sus derivados 555.0 (intestino delgado) 555.1 (intestino grueso) 555.2 (delgado y grueso) 555.9 (sitio no especificado) 556 colitis ulcerosa y sus derivados (556*)														
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión														
Periodicidad	Mensual														
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días														
Sistema de Información para la obtención del dato	MDIS, Farmasyst y Ficheros propios en el caso de hospitales sin MDIS y Farmasyst														

C.1.2 DESVIACIÓN EN EL IMPORTE AMBULATORIO POR PACIENTE SEGÚN MORBILIDAD FARMAINDEX (FIX)

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios											
Código del indicador	971	Versión del indicador	2									
Nombre largo	Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX)											
Nombre corto	FIX											
Finalidad	Medir la desviación en el importe farmacéutico ambulatorio teniendo en cuenta la carga de morbilidad de la población											
Definición	Desviación en el importe real respecto al importe teórico que correspondería dada la carga de morbilidad de la población.											
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$971.2 = 100 \frac{Paci_Eq_Dpto_m.1 * Presup_Paci_Eq.1}{GAIA090.1}$ <p>Donde:</p> <p>Paci_Eq_Dpto_m.1 es el número de pacientes equivalentes. Se obtiene de multiplicar el número de pacientes reales en cada uno de los nueve estados de salud por los respectivos pesos de cada estado de salud</p> <p>Presup_Paci_Eq.1 se obtiene de dividir el importe farmacéutico ambulatorio máximo establecido como objetivo para el periodo de estudio entre el número de pacientes equivalentes (no reales) de la Comunitat Valenciana. Es único para la Comunitat Valenciana</p> <p>GAIA090.1 es el importe farmacéutico asociado a las recetas dispensadas. Se obtiene del fichero de facturación que mensualmente remiten los Colegios Oficiales de Farmacéuticos</p>											
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>Los estados de salud son:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>1. Estado de salud sano</td></tr> <tr><td>2. Historia de enfermedad aguda significativa</td></tr> <tr><td>3. Enfermedad crónica menor única</td></tr> <tr><td>4. Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos</td></tr> <tr><td>5. Enfermedad dominante o crónica moderada única</td></tr> <tr><td>6. Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos</td></tr> <tr><td>7. Enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos</td></tr> <tr><td>8. Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas</td></tr> <tr><td>9. Condiciones catastróficas</td></tr> </table>			1. Estado de salud sano	2. Historia de enfermedad aguda significativa	3. Enfermedad crónica menor única	4. Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos	5. Enfermedad dominante o crónica moderada única	6. Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos	7. Enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos	8. Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas	9. Condiciones catastróficas
1. Estado de salud sano												
2. Historia de enfermedad aguda significativa												
3. Enfermedad crónica menor única												
4. Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos												
5. Enfermedad dominante o crónica moderada única												
6. Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos												
7. Enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos												
8. Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas												
9. Condiciones catastróficas												
Formato	Porcentaje											
Ud. de medida	Porcentaje											
Precisión <i>(decimales)</i>	2											

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	<p>Interpretación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $FIX \geq 100\%$: El importe real es inferior o igual al esperado (se cumple el objetivo). ▪ $FIX < 100\%$: El importe real supera al esperado (no se cumple el objetivo).
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	GAIA-Backoffice

C.1.3 IMPORTE POR RECETA

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador	970	Versión del indicador	1
Nombre largo	Importe por receta		
Nombre corto	Importe receta		
Finalidad	Medir el coste medio unitario por receta en el ámbito ambulatorio		
Definición	Cociente entre el importe ambulatorio asociado a las recetas dispensadas y el número de recetas dispensadas		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$970.1 = \frac{IMP_AMB.1}{REC_DISPENS.1}$ <p>Donde:</p> <p>IMP_AMB.1 es el importe ambulatorio asociado a las recetas dispensadas</p> <p>REC_DISPENS.1 es el número de recetas dispensadas</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Se mide el dato acumulado		
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Euros		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	GAIA-Backoffice		

C.1.4 ÍNDICE DE ADHESIÓN A LAS GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios																	
Código del indicador	873	Versión del indicador	2															
Nombre largo	Índice de adhesión a las guías farmacoterapéuticas																	
Nombre corto	Adhesión a las guías farmacoterapéuticas																	
Finalidad	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, protocolos departamentales y Algoritmos de Decisión Terapéutica Corporativos																	
Definición	Cociente entre el número de prescripciones realizadas de acuerdo con las recomendaciones de las guías y el número total de prescripciones realizadas de cada problema de salud; ponderado por el peso otorgado a cada guía.																	
Fórmula (expresión de cálculo)	$873.2 = 100 \sum_i \frac{PrGFAR_i \text{Peso}_i}{Pr_i}$ <p>Donde</p> <p>PRGFAR_i es el número de nuevas prescripciones en receta médica oficial realizadas de acuerdo con las recomendaciones de las guías para el problema de salud i</p> <p>Peso_i es el peso otorgado a la guía i (ver detalle en especificaciones)</p> <p>Pr_i es el número total de nuevas prescripciones en receta médica o en receta oficial para el problema de salud i</p>																	
Especificaciones (incluye/excluye)	<p>Se mide el dato acumulado en el último trimestre. Los pesos asignados a cada guía son:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GUÍA</th> <th>PESO</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencias</td> <td>10%</td> <td>La guía aplica en base a un listado de productos.</td> </tr> <tr> <td>Geriatría (residencias)</td> <td>10%</td> <td>La guía aplica en base a un listado de productos prescritos a pacientes de residencias independientemente del tipo de CPA que los prescribe.</td> </tr> <tr> <td>Guías Farmacoterapéuticas (GFAR), Protocolos departamentales y Protocolos en la Comunitat Valenciana</td> <td>10%</td> <td>Aplica en base a diagnósticos CIE. Actualmente aplica la guía GFAR (basada en la guía SEMFYC) y los protocolos departamentales (que cada uno de ellos eligió y trasladó en su día a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios). También aplica el protocolo "Dolor en cuidados paliativos".</td> </tr> <tr> <td>GFAR-Agoritmos de decisión terapéutica corporativos</td> <td>70%</td> <td>Protocolos de la Comunitat Valenciana definidos por los distintos Comités Asesores de Posicionamiento Terapéutico.</td> </tr> </tbody> </table>			GUÍA	PESO	OBSERVACIONES	Urgencias	10%	La guía aplica en base a un listado de productos.	Geriatría (residencias)	10%	La guía aplica en base a un listado de productos prescritos a pacientes de residencias independientemente del tipo de CPA que los prescribe.	Guías Farmacoterapéuticas (GFAR), Protocolos departamentales y Protocolos en la Comunitat Valenciana	10%	Aplica en base a diagnósticos CIE. Actualmente aplica la guía GFAR (basada en la guía SEMFYC) y los protocolos departamentales (que cada uno de ellos eligió y trasladó en su día a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios). También aplica el protocolo "Dolor en cuidados paliativos".	GFAR-Agoritmos de decisión terapéutica corporativos	70%	Protocolos de la Comunitat Valenciana definidos por los distintos Comités Asesores de Posicionamiento Terapéutico.
GUÍA	PESO	OBSERVACIONES																
Urgencias	10%	La guía aplica en base a un listado de productos.																
Geriatría (residencias)	10%	La guía aplica en base a un listado de productos prescritos a pacientes de residencias independientemente del tipo de CPA que los prescribe.																
Guías Farmacoterapéuticas (GFAR), Protocolos departamentales y Protocolos en la Comunitat Valenciana	10%	Aplica en base a diagnósticos CIE. Actualmente aplica la guía GFAR (basada en la guía SEMFYC) y los protocolos departamentales (que cada uno de ellos eligió y trasladó en su día a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios). También aplica el protocolo "Dolor en cuidados paliativos".																
GFAR-Agoritmos de decisión terapéutica corporativos	70%	Protocolos de la Comunitat Valenciana definidos por los distintos Comités Asesores de Posicionamiento Terapéutico.																

Formato	Porcentaje
Ud. de medida	Porcentaje
Precisión (<i>decimales</i>)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	<p>Este índice tiene valores comprendidos entre 0% y 100%.</p> <p>AdGFAR=100%: todas las prescripciones se han realizado de acuerdo con las recomendaciones recogidas en las guías.</p> <p>AdGFAR=0%: ninguna prescripción ha sido realizada de acuerdo con las recomendaciones recogidas en las guías.</p> <p>AdGFAR=50%: el 50% de las prescripciones han sido realizadas de acuerdo con las recomendaciones recogidas en las guías.</p> <p>Dato acumulado en el último mes</p>
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	GAIA-Backoffice

C.1.5 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN EL ENTORNO AMBULATORIO

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador	972	Versión del indicador	1
Nombre largo	Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio		
Nombre corto	PRMs en el entorno ambulatorio		
Finalidad	Medir el volumen de pacientes con alertas por PRMs (problemas relacionados con medicamentos) no validadas por los profesionales sanitarios		
Definición	Número de pacientes con alertas por PRM, en el último mes, respecto al total de pacientes asignados en el ámbito ambulatorio		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$972.1 = 100 \sum_i \frac{Paci_PRM_i \cdot PesoPRM_i}{Total_Paci_i}$ <p>Donde:</p> <p>Paci_PRM_i es el número de pacientes asignados en el ámbito ambulatorio con alertas del PRM i no revisadas</p> <p>PesoPRM_i es el peso asignado a la alerta por PRM del tipo i (Ver detalles de los pesos en especificaciones)</p> <p>Total_Paci_i es el número total de pacientes asignados en el ámbito ambulatorio</p>		

Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Se mide el dato en el último mes. Los pesos asignados a cada PRM son los siguientes:		
	PRM	PESO DEL GRUPO PESO PRM	
	Alergias graves (analgésicos, anestésicos, betalactámicos)	15	12
	Alergias leves (resto)		3
	Interacciones graves	15	10,5
	Interacciones moderadas		3
	Interacciones leves		1,5
	Contraindicaciones absolutas	15	12
	Contraindicaciones relativas		3
	Posología tóxica	10	7
	Posología límite		2
	Posología infraterapéutica		1
	CTDH	10	10
	CIE-ATC	10	10
	Acontecimientos adversos: Reacción adversa grave	15	12
	Acontecimientos: Reacción adversa leve		3
	Acontecimientos adversos: Utilización inadecuada grave		0
	Acontecimientos adversos: Utilización inadecuada leve		0
	Acontecimientos adversos: Incumplimiento grave		0
	Acontecimientos adversos: Incumplimiento leve		0
Duplicidades	10		10
TOTAL	100	100	
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		

Observaciones	Dato en el último mes. Interpretación: PRM < 3%: menos del 3% de la población asignada al ámbito ambulatorio y ponderada por los tipos de PRM que presenta, tiene alguna alerta por PRM no revisada.
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	GAIA-Backoffice

C.1.6 DEMORA EN EL REGISTRO DE ENDOPRÓTESIS

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Demora en el registro de de endoprótesis		
Nombre corto	Demora registro endoprótesis		
Finalidad	Medir intervalo temporal entre la fecha de implante y la fecha de registro		
Definición	Media aritmética de los días hábiles transcurridos entre la fecha de implante y la fecha de registro del vale a través de HERA en el periodo y departamento		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$Demora\ Media = \frac{\sum[(Freg - Fimpl) - Dif_Días_no_hab]}{Num.\ Intervenções}$ <p>Donde: Freg: fecha de registro Fimpl: fecha de implante Dif_Días_no_hab: Es el número de días no hábiles entre la fecha de registro y la fecha de implante Num.Intervenciones: número de intervenciones</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Excluye vales anulados. Incluye vales incompletos Dato por Departamento + Hosp. Provincial de Castellón+ Conjunto de centros privados. El periodo considerado es a partir de la fecha de implante.		
Formato	Numérico		
Ud. de medida	Días Hábiles		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones	Dato mensual a lo largo del periodo de estudio. Posible pérdida de datos en caso de demoras mayores de 30 días que precisará de control interno mediante datos acumulados Fuente de datos: Registro de implantes		
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	HERA		

C.1.7 COSTE MEDIO POR INTERVENCIÓN EN ENDOPRÓTESIS

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Índice de Coste medio de intervención de endoprótesis ponderado		
Nombre corto	Coste medio endoprótesis: ECEN		
Finalidad	Medir la evolución en el coste medio por intervención asociado a endoprótesis de un periodo respecto al mismo del año anterior		
Definición	Cociente ponderado por grupo terapéutico entre el coste medio acumulado de intervención de endoprótesis del periodo actual y el correspondiente del año anterior, ajustado a las variaciones de precio del catálogo.		
Fórmula (expresión de cálculo)	$ECEN_d = \sum_{gt=1}^{14} \frac{\sum_{m=1}^n G_{gt,m} \cdot \frac{PMC_{gt,1}}{PMC_{gt,m}}}{\sum_{p=1}^n \frac{G_{gt,p}}{NI_{gt,p}}} \cdot \frac{\sum_{m=1}^n G_{gt,m}}{\sum_{m=1}^n GT_m}$ <p>Donde:</p> <p>d: departamento de salud gt: grupo terapéutico de endoprótesis m: mes del año actual n: mes actual G: gasto en intervenciones PMC: Precio medio de catálogo NI: Número de Intervenciones GT: Gasto total p: mes del año anterior</p>		
Especificaciones (incluye/excluye)	La fuente de datos proviene de las prescripciones facturadas, pero se considera el de las intervenciones realizadas en el periodo.		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión (decimales)	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones	Fuente de datos: Facturación Dato acumulado a lo largo del periodo de estudio. Observa la evolución de coste medio imputable al centro, compensando el imputable a variaciones de precios o IVA en catálogo. Dato por Departamento + Hosp. Provincial de Castellón+ Conjunto de centros privados		
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		

Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	HERA

C.1.8 PRECIO MEDIO POR PRESCRIPCIÓN DE EXOPRÓTESIS

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Índice de Coste medio de prescripción de exoprótesis ajustado por catálogo		
Nombre corto	Evolución coste medio exos: ECEX		
Finalidad	Observar la evolución del coste medio de exoprótesis por prescripción		
Definición	Cociente ponderado por grupo terapéutico entre el coste medio acumulado de prescripción de exoprótesis del periodo actual y el correspondiente del año anterior, ajustado a las variaciones de precio del catálogo.		
Fórmula (expresión de cálculo)	$ECEX_d = \sum_{gt=1}^{11} \frac{\sum_{m=1}^n \frac{G_{gt,m} \cdot \frac{PMC_{gt,1}}{PMC_{gt,m}}}{NP_{gt,m}}}{\sum_{p=1}^n \frac{G_{gt,p}}{NP_{gt,p}}} \cdot \frac{\sum_{m=1}^n G_{gt,m}}{\sum_{m=1}^n GT_m}$ <p>Donde: d: departamento de salud gt: grupo terapéutico de endoprótesis m: mes del año actual n: mes actual G: gasto en prescripciones PMC: Precio medio de catálogo NP: número de prescripciones GT: Gasto total p: mes del año anterior</p>		
Especificaciones (incluye/excluye)	Coste medio referido al conjunto de artículos incluidos en la prescripción considerando un 100% de solicitudes de reembolso (importe máximo financiado). El gasto máximo posible en reembolsos, aunque diferido presupuestariamente, se acumula como gasto a la fecha de la prescripción. Dato por Departamento + Hosp. Provincial de Castellón+ Conjunto de centros no adscritos a departamentos		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión (decimales)	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		

Observaciones	Fuente de datos: facturación y catálogo exoprótesis Dato acumulado a lo largo del periodo de estudio. Observa la evolución de coste medio imputable al prescriptor, compensando el imputable a variaciones de precios o IVA en catálogo
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	HERA

C.1.9 EFICIENCIA EN LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador	968	Versión del indicador	1
Nombre largo	Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria		
Nombre corto	Eficiencia adq farm hospitalaria		
Finalidad	Medir la eficiencia en las adquisiciones de productos farmacéuticos, expresada como porcentaje de reducción de costes respecto al precio oficial marcado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (PVL)		
Definición	Cociente entre el valor real de adquisición y el precio oficial marcado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$EA = 100 \frac{(PVL - DeducciónRDL - OtrosDesc) + IVA - Abonos}{(PVL - DeducciónRDL) + IVA}$ <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PVL: Precio oficial marcado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. - DeducciónRDL: Deducción obligatoria según el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. - OtrosDesc: Otros descuentos derivados de procedimientos de negociación. - Abonos: Abonos contables. - IVA: impuesto sobre el valor añadido. 		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>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.</p> <p>Los datos corresponden al importe de las adquisiciones de medicamentos comercializados en España con Código Nacional ≥ 600000 gestionados por los servicios de farmacia hospitalarios. Quedan excluidas las adquisiciones de medicamentos extranjeros, productos dietéticos, fórmulas y preparados industriales, parafarmacia ,etc</p>		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		

Observaciones	<p>Dato acumulado a lo largo del periodo de estudio</p> <p>Interpretación: El índice toma valores $EA \leq 100\%$.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $EA=100\%$: El coste de adquisición coincide exactamente con el PVL+IVA ▪ $EA<100\%$: El coste de adquisición es inferior al PVL + IVA. Ej. $EA= 50$ indica que se ha reducido el coste de adquisición en un 50% sobre el precio máximo.
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Orion Logis y ficheros propios en el caso de concesiones y consorcios

C.1.10 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN ADQUISICIONES DE CAPÍTULO II, FARMACIA HOSPITALARIA

DG Responsable	DG de Farmacia y Productos Sanitarios		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II, farmacia hospitalaria		
Nombre corto	Gasto CapII, Far hosp		
Finalidad	Medir la evolución en el gasto asociado a adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos en el periodo de estudio respecto al mismo periodo del año anterior		
Definición	Cociente entre el gasto asociado a las adquisiciones de medicamentos (farmacia hospitalaria) en el periodo de estudio respecto al mismo periodo del año anterior		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$EGFH = 100 \frac{GASTO_Adq_t}{GASTO_Adq_{t-1}}$ <p>Donde GASTO_Adq_t es el gasto de las adquisiciones del periodo de estudio del año t correspondientes a farmacia hospitalaria GASTO_Adq_{t-1} es el gasto de las adquisiciones del periodo de estudio del año t-1 correspondientes a farmacia hospitalaria</p> <p>El periodo de estudio es el dato acumulado a lo largo del año t respecto al mismo periodo acumulado del año anterior t-1</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Los datos corresponden al importe de adquisiciones de farmacia Hospitalaria: medicamentos comercializados en España con Código Nacional ≥ 600000 gestionados por los servicios de farmacia hospitalarios.		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones	Dato acumulado a lo largo del periodo de estudio. Interpretación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EGFH = 100%; el importe se mantiene con relación al año anterior. ▪ EGFH < 100%; el importe se reduce respecto al año anterior. ▪ EGFH > 100%; el importe se incrementa respecto al año anterior. 		
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		

**Sistema de Información
para la obtención del dato**

Orion Logis, ficheros propios en el caso de concesiones y consorcios

C.2.1 DESVIACIÓN DEL IMPORTE DE LOS CONSUMOS EN MATERIAL SANITARIO

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Desviación del importe de los consumos en material sanitario		
Nombre corto	Desv. consumos mat. sanitario		
Finalidad	Determinar y cuantificar la desviación del importe de los consumos netos ajustados en material sanitario en cada departamento (unidad operativa) respecto al importe de dichos consumos si éstos se hubieran realizado a coste mínimo ponderado de la Comunitat Valenciana.		
Definición	<p>Desviación del importe de los consumos netos ajustados en material sanitario en cada departamento (unidad operativa) respecto al importe de dichos consumos valorados a coste mínimo ponderado de la Comunitat Valenciana.</p> <p>Se calcula mediante el cociente entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La diferencia entre el importe de los consumos netos ajustados realizados en el mes x del año y y el importe de dichos consumos a coste mínimo ponderado de la Comunitat Valenciana e - Importe de los consumos netos ajustados realizados en el mes x del año y valorados a coste mínimo ponderado de la Comunitat Valenciana 		

Fórmula

(expresión de cálculo)

$$DCMIN_{Año(y)} = \sum_{x=1}^X \left(\frac{\sum_{n=1}^N \sum_{j=1}^J (CU_n \cdot NUC_n)_j - \sum_{n=1}^N \sum_{j=1}^J (CMIN_n \cdot NUC_n)_j}{\sum_{n=1}^N \sum_{j=1}^J (CMIN_n \cdot NUC_n)_j} \right)_x * 100$$

$\forall n = \text{artículo grupo 21}$ y $\forall j = \text{todo movimiento con valor "reporta a SIE=S"}$ y $\forall CU_n \neq 0$

CU_n = coste unitario del artículo n en cada movimiento con valor "Reporta a SIE=S" j en la unidad operativa durante el mes x del año y

NUC_n = número de unidades del artículo n en cada movimiento con valor "Reporta a SIE=S" j en la unidad operativa durante el mes x del año y

J = número total de movimientos "Reporta a SIE=S" del artículo n en la unidad operativa durante el mes x del año y

X = número total de meses del periodo de estudio

j = movimiento "Reporta a SIE=S" n = artículo x = mes y = año

$CMIN_n$ para cada artículo n es el menor coste medio ponderado ($CMPDpto_n$) para ese artículo n en el mes x del año y de todos los calculados para las unidades operativas de la Comunitat Valenciana.

El valor de $CMPDpto_n$ se calculará mensualmente en Alumbra en base a la siguiente fórmula:

$$CMPDpto_{Art n Mes x Año y} = \frac{\sum_{j=1}^J (CU_j \cdot UC_j)}{\sum_{j=1}^J UC_j}, \forall CU_j \neq 0$$

$\forall n = \text{artículo grupo 21}$ y $\forall j = \text{movimiento tipo "salida" con valor "reporta a SIE=S"}$ y $\forall CU_j \neq 0$

CU_j = coste unitario del artículo n en cada salida j en la unidad operativa durante el mes x del año y

UC_j = número de unidades del artículo n en cada salida j en la unidad operativa durante el mes x del año y

J = número total de salidas del artículo n en la unidad operativa durante el mes x del año y

j = movimientos de tipo salida "Reporta a SIE=S" n = artículo x = mes y = año

Hecho esto, $CMIN_n$ para cada artículo n es el menor coste medio ponderado ($CMPDpto_n$) para ese artículo n en el mes x del año y de todos los calculados para las unidades operativas de la Comunitat Valenciana.

<p>Especificaciones (<i>incluye/excluye</i>)</p>	<p>En el indicador se incluyen artículos del grupo 21 de material sanitario y se excluyen del numerador y el denominador movimientos “Reporta a SIE=S” con CU_n igual a cero.</p> <p>En el cálculo del valor de $CMPDpto_n$ se tienen en cuenta las siguientes inclusiones y exclusiones: Se incluye artículos del grupo 21 de material sanitario. Se excluyen el resto de grupos.</p> <p>Para el cálculo inicial de $CMPDpto_n$ de cada artículo n, se excluyen del cálculo del numerador y el denominador los siguientes movimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimientos del tipo “Reporta a SIE=S” considerados entradas. <p>Movimientos con CU_j igual a cero, independientemente del número de unidades.</p> <p>En el cálculo del valor del coste unitario del artículo n (CU_n) se tienen en cuenta las siguientes inclusiones y exclusiones: Se incluye artículos del grupo 21 de material sanitario. Se excluyen el resto de grupos.</p> <p>En el cálculo del valor del número de unidades consumidas de cada artículo n durante el mes x del año y (NUC_n) en cada unidad operativa, se incluyen artículos del grupo 21 de material sanitario.</p>
<p>Formato</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Ud. de medida</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Precisión (<i>decimales</i>)</p>	<p>Dos</p>
<p>Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)</p>	<p>Minimizar</p>

<p>Observaciones</p>	<p>Se requiere el valor de DCMINP mensual por unidad operativa</p> $DCMIN_{Mes(x)Año(y)} = \frac{\sum_{n=1}^N \sum_{j=1}^J (CU_n \cdot NUC_n)_j - \sum_{n=1}^N \sum_{j=1}^J (CMIN_n \cdot NUC_n)_j}{\sum_{n=1}^N \sum_{j=1}^J (CMIN_n \cdot NUC_n)_j} * 100$ <p>CU_n = coste unitario del artículo n en cada movimiento “Reporta a SIE=S” j en la unidad operativa durante el mes x del año y</p> <p>NUC_n = número de unidades del artículo n en cada movimiento “Reporta a SIE=S” j en la unidad operativa durante el mes x del año y</p> <p>J = número total de movimientos “Reporta a SIE=S” del artículo n en la unidad operativa durante el mes x del año y</p> <p>j = movimiento “Reporta a SIE=S” n = artículo x = mes y = año</p> <p>Incluye artículos del grupo 21 de material sanitario. Excluye resto de grupos de artículos. Excluye del numerador y el denominador los movimientos con valor “Reporta a SIE=S” en los que CU_n sea igual a cero.</p>
<p>Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)</p>	<p>Gestión</p>
<p>Periodicidad</p>	<p>Mensual</p>
<p>Decalaje mínimo en obtención de datos</p>	
<p>Sistema de Información para la obtención del dato</p>	<p>Orion-Logis</p>

C.2.2 EVOLUCIÓN DEL GASTO DE CAPÍTULO II EN ACTIVIDAD CONCERTADA

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	963	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto de Capítulo II en actividad concertada		
Nombre corto	Evolución gasto actividad concertada		
Finalidad	Reducción del gasto total por actividad concertada realizada en centros privados		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en actividad concertada.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$EGAC_x = \left(\frac{GAC_{x_n} - GAC_{x_{n-1}}}{GAC_{x_{n-1}}} \right) \times 100$ <p>Donde:</p> <p>GAC xn es el gasto de la actividad concertada acumulado anual en el mes x del año n</p> <p>GAC xn-1es el gasto de la actividad concertada acumulado anual en el mes x del año n-1</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Se trata como concertada cualquier actividad que tuviera el concierto vigente a fecha 1/1/2012, aunque en la actualidad no lo sea. Se excluye del indicador el gasto en oxigenoterapia y ventiloterapia, al entrar en vigor nuevos contratos con tarifa plana con importes de ahorro sobre los cuales el departamento no tiene capacidad de gestión.		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	98 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	Declaraciones del Servicio de Conciertos según la información facilitada por los proveedores		

C.2.3 EVOLUCIÓN DEL GASTO DE CAPÍTULO II EN MATERIAL SANITARIO

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	973	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto de Capítulo II en material sanitario		
Nombre corto	Evolución gasto material sanitario		
Finalidad	Disminuir el importe total de las adquisiciones de material sanitario y material de laboratorio		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en el material sanitario recogido en los subconceptos económicos 221.08 (excepto productos farmacéuticos),, 221.14 (excepto endoprótesis) y 221.16.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$973.1 = 100 \frac{GMSLx_n - GMSLx_{n-1}}{GMSLx_{n-1}}$ <p>Dónde: GMSL x_n es el gasto acumulado anual del año n en el mes x en material sanitario y de laboratorio (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año actual) GMSL x_{n-1} es el gasto acumulado en el mismo mes del año n-1 en material sanitario y de laboratorio (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año anterior al actual)</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Incluye los subconceptos económicos 221.08 (<i>excepto productos farmacéuticos</i>), 221.14 (<i>excepto endoprótesis</i>) y 221.16.		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	38 días		
Sistema de Información para la obtención del dato			

C.2.4 EVOLUCIÓN DEL GASTO DE CAPÍTULO II EN ACTIVIDAD NO CONCERTADA

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	978	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto de Capítulo II en actividad no concertada		
Nombre corto	Evolución gasto actividad no concertada		
Finalidad	Reducción del gasto total por actividad no concertada realizada en centros privados		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en actividad no concertada.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$EGANC_x = \left(\frac{GANC_{x_n} - GANC_{x_{n-1}}}{GCANC_{x_{n-1}}} \right) \times 100$ <p>Donde: GANC_{xn} es el gasto acumulado anual en el mes x del año n en actividad no concertada asignada al departamento GANC_{xn-1} es el gasto acumulado en el mismo mes del año n-1 en actividad no concertada asignada al departamento</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	No se incluye como actividad no concertada cualquier concierto que haya dejado de serlo por no renovación a partir de la fecha 1/1/2012.		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			

C.2.5 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	977	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto en guardias y Atención Continuada		
Nombre corto	Evolución gasto guardias y AC		
Finalidad	Reducir el gasto por remuneración de guardias y atención continuada		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado en guardias y atención continuada		
Fórmula (expresión de cálculo)	$977.0 \pm 100 \frac{GGAC_{X_n} - GGAC_{X_{n-1}}}{GGAC_{X_{n-1}}}$ <p>Donde: GGAC_{xn} es el gasto acumulado anual del artículo presupuestario 15 en el mes x del año n GGAC_{xn-1} es el gasto acumulado anual del artículo presupuestario 15 en el mes x del año n-1</p>		
Especificaciones (incluye/excluye)	Se excluyen los importes correspondientes a los programas especiales y otros conceptos de retribuciones variables (subconcepto 15001) y a la productividad variable (subconcepto 15002)		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión (decimales)	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			

C.2.6 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SUSTITUCIONES

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	976	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto en sustituciones		
Nombre corto	Evolución gasto sustituciones		
Finalidad	Reducir el gasto en sustituciones		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado en sustituciones de personal.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$976.1 = 100 \frac{GSUSx_n - GSUSx_{n-1}}{GSUSx_{n-1}}$ <p>Donde</p> <p>GSUS_{x_n} es el gasto acumulado anual en sustituciones de personal en el mes x del año n (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año actual)</p> <p>GSUS_{x_{n-1}} es el gasto acumulado anual en sustituciones de personal en el mes x del año n-1 (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año anterior al actual)</p> <p>GSUS_{x_n} (y análogamente GSUS_{x_{n-1}}) se calcula del siguiente modo:</p> $GSUSx_n = (G.C.142 + G.C.143)x_n$ <p>Donde</p> <p>G.C.142: Gasto en sustituciones de I.T</p> <p>G.C.143: Gasto en sustituciones no I.T</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	8 días		
Sistema de Información para la obtención del dato			

C.2.7 EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL DE CAPÍTULO I (PLANTILLA)

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	975	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del gasto total de Capítulo I (plantilla)		
Nombre corto	Evolución del gasto de personal		
Finalidad	Disminución de los gastos de personal, manteniendo el nivel de calidad y las prestaciones asistenciales		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanitat en determinados conceptos de gasto de personal (determinados artículos presupuestarios del capítulo I).		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$975.1 = 100 \frac{GPAX_n - GPAX_{n-1}}{GPAX_{n-1}}$ <p>Donde</p> <p>GPAX_n es el gasto de personal acumulado anual en el mes x del año n (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año actual)</p> <p>GPAX_n es el gasto de personal acumulado anual en el mes x del año n-1 (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año anterior al actual)</p> <p>GPAX_n (y análogamente GPAX_{n-1}) se calcula del siguiente modo:</p> $GPAX_n = (GP.Art.12 + GP.Art.13 + GP.Art.14 + GSS.Art.16)x_n$ <p>Donde</p> <p>GP.Art.12: Retribuciones personal fijo (excepto artículo 13). Funcionarios</p> <p>GP.Art.13: Retribuciones personal laboral fijo</p> <p>GP.Art.14: Resto Retribuciones personal (Interinos)</p> <p>GSS.Art.16: Seguridad Social y complementos de pensión</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		

Decalaje mínimo en obtención de datos	8 días
Sistema de Información para la obtención del dato	

C.2.8 EVOLUCIÓN DEL RESTO DE GASTO CORRIENTE

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	974	Versión del indicador	1
Nombre largo	Evolución del resto del gasto corriente		
Nombre corto	Evolución resto gasto corriente		
Finalidad	Disminuir el importe total del gasto en el resto del capítulo II		
Definición	Es la variación interanual del gasto acumulado de la Conselleria de Sanidad en el resto de los gastos corrientes del capítulo II.		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$974.1 = 100 \frac{GRCIIx_n - GRCIIx_{n-1}}{GRCIIx_{n-1}}$ <p>Donde</p> <p>GRCII_{x_n} es el gasto acumulado anual en el mes x del año n en el resto del capítulo II (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año actual)</p> <p>GRCII_{x_{n-1}} es el gasto acumulado en el mismo mes del año n-1 en el resto del capítulo II (desde enero hasta el mes de cálculo del indicador en el año anterior al actual)</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>Solo se considera el programa 412.22.</p> <p>No incluye farmacia hospitalaria ni gastos relacionados con otros indicadores económicos.</p>		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	38 días		
Sistema de Información para la obtención del dato			

C.2.9 INDICADOR DE FACTURACIÓN Y COBRO

DG Responsable	DG de Recursos Económicos		
Código del indicador	872	Versión del indicador	1
Nombre largo	Indicador de facturación y cobro		
Nombre corto	Facturación y cobro		
Finalidad	Incentivar la facturación y cobro de los procesos repercutibles a terceros, contribuyendo a la mejora de la sostenibilidad económica del sistema sanitario público		
Definición	Es la suma de los cocientes entre el número de episodios cobrados o apremiados (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables por la modalidad de aseguramiento o por el origen de la lesión/ situación del paciente para determinados tipos de lesiones/situaciones facturables: mutualistas, privados, accidentes de tráfico, accidentes de trabajo y resto de lesiones/situaciones facturables. Cada uno de estos cocientes se multiplica por un coeficiente de ponderación cuya suma es = 1		
Fórmula (expresión de cálculo)	$872.1 = 0,2 * IFMUT.1 + 0,25 * IFPRIV.1 + 0,15 * IFTRAF.1 + 0,25 * IFTRAB.1 + 0,15 * IFRESTLSF.1$ <p>Donde</p> <p>IFMUT.1 es el porcentaje de episodios cobrados o apremiados en el periodo de estudio (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables por la modalidad de aseguramiento (en este caso, mutualistas)</p> <p>IFPRIV.1 es el porcentaje de episodios cobrados o apremiados en el periodo de estudio (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables por la modalidad de aseguramiento (en este caso, pacientes privados)</p>		
Fórmula (expresión de cálculo - continuación)	<p>IFTRAF.1 es el porcentaje de episodios cobrados o apremiados en el periodo de estudio (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables donde el origen de la lesión/situación del paciente es un accidente de tráfico</p> <p>IFTRAB.1 es el porcentaje de episodios cobrados o apremiados en el periodo de estudio (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables donde el origen de la lesión/situación del paciente es un accidente de trabajo</p> <p>IFRESTLSF.1 es el porcentaje de episodios cobrados o apremiados en el periodo de estudio (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables por el origen de la lesión/situación del paciente (en este caso, se contabilizan otras lesiones que no sean por accidentes de trabajo ni por accidentes de tráfico)</p>		

Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	<p>Los resultados que se evaluarán se corresponderán con los datos acumulados obtenidos para los siguientes periodos:</p> <p>En enero se valorará la actividad correspondiente al mes de julio del año anterior</p> <p>En febrero se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio-agosto del año anterior</p> <p>En marzo se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio-septiembre del año anterior</p> <p>En abril se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio-octubre del año anterior</p> <p>En mayo se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio-noviembre del año anterior</p> <p>En junio se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio-diciembre del año anterior</p> <p>En julio se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio del año anterior a enero del año actual</p> <p>En agosto se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio del año anterior a febrero del año actual</p> <p>En septiembre se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio del año anterior a marzo del año actual</p> <p>En octubre se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio del año anterior a abril del año actual</p> <p>En noviembre se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio del año anterior a mayo del año actual</p> <p>En diciembre (dato anual) se valorará la actividad correspondiente al periodo de julio del año anterior a junio del año actual</p>
Especificaciones <i>(incluye/excluye - continuación)</i>	<p>Se excluyen del cálculo del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las asistencias facturables por agresión - Los escolares con garante INSS - Las asistencias facturables desistidas por "Estimación de recurso" - Las asistencias facturables por la modalidad del paciente y desistidas por "Cobertura pública" - Las asistencias facturables por lesión/situación y desistidas por "No existe tercero obligado al pago"
Formato	Porcentaje
Ud. de medida	Porcentaje
Precisión <i>(decimales)</i>	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	188 días

Sistema de Información para la obtención del dato	
--	--

C.3.1 ÍNDICE DE AUSENCIA EN POBLACIÓN GENERAL

DG Responsable	Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios		
Código del indicador		Versión del indicador	
Nombre largo	Índice de ausencia en población general		
Nombre corto	Índice de ausencia poblacional		
Finalidad	Mejorar el control de la gestión de la Incapacidad temporal.		
Definición	Días de baja en el periodo de estudio, respecto al número total de trabajadores en activo multiplicado por el número de días del periodo, todo ello referido a un ámbito de asignación (autonómico, provincial, departamento, centro, facultativo.)		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$\text{Indicador} = \frac{ATP027.1}{ATP024.1 * \text{Dias. 1}}$ <p>Donde: ATP027.1 es el número total de días de los procesos de incapacidad temporal registrados dentro del periodo de estudio ATP024.1 Número de trabajadores activos del último día del mes por los días del mes. Todo ello referido a un ámbito de asignación (autonómico, provincial, departamental, centro, facultativo).</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Incluye los partes de baja generados en SIA y los partes de baja manuales.		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	Datawarehouse IT		

C.3.2 DURACIÓN DE IT RESPECTO AL ESTÁNDAR

DG Responsable	Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios		
Código del indicador	851	Versión del indicador	1
Nombre largo	Duración de la IT respecto al estándar		
Nombre corto	Estándar IT		
Finalidad	Disminuir la variabilidad en la duración de la IT		
Definición	Porcentaje de procesos de incapacidad temporal en que la duración se ajusta a la prevista en el estándar para los diagnósticos establecidos respecto al total de procesos de incapacidad temporal finalizados con Duración Estándar definida		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$851.1 = 100 \frac{IT_D_DE.1}{IT_EST.1}$ <p>Donde:</p> <p>IT_D_DE.1 es el número de procesos de incapacidad temporal finalizados en el periodo de estudio cuya duración ha sido menor o igual que la duración estándar definida para el diagnóstico responsable del proceso</p> <p>IT_EST.1 es el el número de procesos de incapacidad temporal finalizados en el periodo de estudio con Duración Estándar definida</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>	Se cuentan en el numerador y en el denominador los procesos de incapacidad temporal de la población del Departamento		
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	4		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos	30 días		
Sistema de Información para la obtención del dato	Datawarehouse IT		

C.3.3 TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

DG Responsable	Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios		
Código del indicador		Versión del indicador	1
Nombre largo	Tramitación de expedientes de responsabilidad patrimonial		
Nombre corto	Tramitación expedientes responsabilidad patrimonial		
Finalidad	Disminuir el tiempo de tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial		
Definición	Porcentaje de expedientes de responsabilidad patrimonial (Historia clínica e informe de funcionamiento) remitidos en un plazo inferior a 45 días respecto del total solicitados		
Fórmula <i>(expresión de cálculo)</i>	$I_{RP} = 100 \frac{N_{exped \leq 45d}}{N_{T_exped}}$ <p>Donde:</p> <p>N_{exped ≤ 45d} es el número de expedientes de responsabilidad patrimonial (Historia clínica e informe de funcionamiento) remitidos en un plazo inferior a 45 días</p> <p>N_{T_exped} es el número total de expedientes de responsabilidad patrimonial (Historia clínica e informe de funcionamiento) solicitados</p>		
Especificaciones <i>(incluye/excluye)</i>			
Formato	Porcentaje		
Ud. de medida	Porcentaje		
Precisión <i>(decimales)</i>	2		
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar		
Observaciones			
Tipo de indicador (Calidad, Asistencial, Gestión)	Gestión		
Periodicidad	Mensual		
Decalaje mínimo en obtención de datos			
Sistema de Información para la obtención del dato			