

RESULTADOS 2020

OBJETIVOS 2021

UGC MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Dr. Pedro L. Carrillo Alascio.

Diretor UGC

30 de Junio 2021

RESULTADOS OBJETIVOS 2020

Área

U.G.C. Medicina Integral y Cuidados

ID	Indicador	Resultado	Puntos	Justificación
12819 ECO SIAGC 1.1.1	 <p> Objetivo: Cumplimiento de objetivos presupuestarios Indicador: No superar el presupuesto asignado en capítulo I Fórmula: Desviación porcentual del gasto en Capítulo I del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en Contrato Programa. LIMITE:Cada punto de desviación se traduce en la pérdida de un punto sobre el máximo del valor asignado al objetivo. Función de Valor (LIMITE SUPERIOR 100%) Tipo: Cuantitativo Peso: 9 Límlnf: 0 ; Límsup: 10 Signo: Ascendente </p>	7,56	6,8	ID:12819.LimSup:10. LimInf:0. Peso:9. Tipo:Cuantitativo. Resul:7,56 CUANTI-ASC $(7,56-0)/(10-0)*9=(7,56)/(10)*9=6,8$
12827 ECO SIAGC 1.1.2	 <p> Objetivo: Cumplimiento de objetivos presupuestarios Indicador: No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas) Fórmula: Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo. Función de valoración según regla de 3 inversa entre un mínimo de puntos del 30% para el centro con mayor desviación y un 95% para el centro con menor desviación. Función de Valor (LIMITE SUPERIOR 100%) Tipo: Cuantitativo Peso: 6 Límlnf: 0 ; Límsup: 10 Signo: Ascendente </p>	8,75	5,25	ID:12827.LimSup:10. LimInf:0. Peso:6. Tipo:Cuantitativo. Resul:8,75 CUANTI-ASC $(8,75-0)/(10-0)*6=(8,75)/(10)*6=5,25$
12846 ECO SIAGC 1.1.3	 <p> Objetivo: Cumplimiento de objetivos presupuestarios Indicador: No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas) Fórmula: Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado. LIMITE: >100%: 7 puntos repartidos con una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asigna 7 puntos al centro con el mejor valor y 0 puntos al que tenga el valor peor. Función de Valor (LIMITE SUPERIOR <= 100%) Tipo: Cuantitativo Peso: 3 Límlnf: 0 ; Límsup: 10 Signo: Ascendente </p>	6,723	2,02	ID:12846.LimSup:10. LimInf:0. Peso:3. Tipo:Cuantitativo. Resul:6,723 CUANTI-ASC $(6,723-0)/(10-0)*3=(6,723)/(10)*3=2,02$

<p>Objetivo: Disminuir gasto en Farmacia hospitalaria Indicador: Protocolizar indicacion y seguimiento de eficacia en Biologicos: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Fórmula: Meta: Si Tipo: Cualitativo Peso: 4,5 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	4,5	ID:12855.LimSup.: LimInf. Peso:4,5. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*4,5=4,5
<p>Objetivo: Disminuir gasto en Farmacia hospitalaria Indicador: Poner en marcha el protocolizar control y revisión de caducidades de Terapias Respiratorias Fórmula: Meta: Si Tipo: Cualitativo Peso: 4,5 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	4,5	ID:12865.LimSup.: LimInf. Peso:4,5. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*4,5=4,5
<p>Objetivo: Disminuir gasto en Farmacia hospitalaria Indicador: Auditoria en Terapia secuencial hospitalaria y medidas correctoras. Fórmula: Meta: Si Tipo: Cualitativo Peso: 3 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	3	ID:12866.LimSup.: LimInf. Peso:3. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*3=3
<p>Objetivo: Lista de espera Terapias respiratorias para disminuir la lista de espera y optimización de derivaciones</p>			

<p>Objetivo: Lista de espera: Implantar estrategias para disminuir la lista de espera y priorización de derivaciones Indicador: TELEMEDICINA: Atender 100% de consultas telefonicas e ICV desde Atención Primaria (MI + NEUM + CARD + DIGESTIVO) Fórmula: Meta: Si Tipo: Cualitativo Peso: 6 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	6	ID:12881.LimSup.: LimInf. Peso:6. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*6=6
<p>Objetivo: Lista de espera: Implantar estrategias para disminuir la lista de espera y priorización de derivaciones Indicador: Protocolizar procedimiento de resolución de citas PAP Digestivo pendientes > 6 meses para Atención Primaria. Fórmula: Meta: Si Tipo: Cualitativo Peso: 3 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	3	ID:12903.LimSup.: LimInf. Peso:3. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*3=3
<p>Objetivo: Lista de espera: Implantar estrategias para disminuir la lista de espera y priorización de derivaciones Indicador: Protocolizar criterios de solicitud de Endoscopia alta y baja desde Atención Primaria. Fórmula: Meta: Si Tipo: Cualitativo Peso: 6 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	6	ID:12920.LimSup.: LimInf. Peso:6. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*6=6

<p>Objetivo: Lista de espera de consultas Indicador: Ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP superará el plazo de 60 días para ser atendido Fórmula: El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido (desglose por especialidad: Dig 35%, Card 25%, Med Int 20%, Neum20%) (Meta: 0) Tipo: Cualitativo Peso: 4,5 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	4,5	ID:12935.LimSup.: LimInf.: Peso:4,5. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*4,5=4,5
<p>Objetivo: Lista de espera de consultas Indicador: Ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH superará el plazo de 60 días para ser atendido Fórmula: El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido (desglose por especialidad: Dig 35%, Card 25%, Med Int 20%, Neum20%) (Meta: 0) Tipo: Cualitativo Peso: 4,5 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	4,5	ID:12949.LimSup.: LimInf.: Peso:4,5. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*4,5=4,5
<p>Objetivo: Lista de espera de pruebas diagnósticas Indicador: Ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta superará el plazo de 30 días para ser atendido Fórmula: El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta supere el plazo de 30 días para ser atendido (desglose por especialidad) (Meta: 0) Tipo: Cualitativo Peso: 4,5 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	4,5	ID:12965.LimSup.: LimInf.: Peso:4,5. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*4,5=4,5
<p>Objetivo: Satisfacción de la ciudadanía Indicador: Lograr un alto nivel de satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida. Encuesta de Satisfacción Fórmula: La valoración de cada apartado ≥ 7 Tipo: Cualitativo Peso: 1,5 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	1,5	ID:12801.LimSup.: LimInf.: Peso:1,5. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*1,5=1,5
<p>Objetivo: Formación Indicador: Disponer de línea de investigación propia o compartida Fórmula: Disponer de línea de investigación propia o compartida Tipo: Cualitativo Peso: 10 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	10	ID:12972.LimSup.: LimInf.: Peso:10. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*10=10

<p>Objetivo: Hospitalización</p> <p>Indicador: Mejorar la utilización de las estancias hospitalarias. (Índice de utilización de las estancias hospitalarias - IUE)</p> <p>Fórmula: IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado. $IUE = EM \text{ observada} / EM \text{ esperada}$</p> <p>EME (Estancia Media Esperada): Estancia media que tendría el hospital h (EMeh) si los GRDAPR de las altas CMBD válidas que ha generado hubieran tenido la estancia media del estándar $EMeh = Nih \times EMis / (Nih)$ donde: i: GRD-APR ih: hospital hNih: número de altas en el GRD-APR i en el hospital h EMis: estancia media del GRD-APR i en el estándar (Meta: Límite inferior del IC del IUE <1 si el IUE >1)</p> <p>Tipo: Cualitativo</p> <p>Peso: 3</p> <p>LímInf: ; LímSup:</p> <p>Signo:</p>	CUMPLE	3	ID:13018.LimSup:. LimInf. Peso:3. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*3=3
<p>Objetivo: Hospitalización</p> <p>Indicador: Disminuir los reingresos hospitalarios (% de Reingresos)</p> <p>Fórmula: Episodio índice: - Episodios con tipo de alta distinto de exitus - Episodios con fecha de alta de enero a mayo, enero a agosto o enero a noviembre según el periodo a evaluar</p> <p>Reingreso: - Episodio dentro del mismo hospital que el episodio índice y de un mismo paciente - Ingreso en menos de 31 días desde el episodio índice - Tipo de ingreso urgente- Categoría Diagnóstica Mayor distinta a: - 21 - Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos - 22 Quemaduras - 25 - Trauma múltiple significativo El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (http://icmbd.es/docs/indicadores/fichas/reingresos.pdf) excluye como reingresos los episodios pertenecientes a estas categorías diagnósticas mayores al entender que, aun produciéndose de forma urgente en menos de 31 días del episodio índice, no necesariamente están relacionadas con este. No obstante dentro de la CDM 21 se encuentran episodios cuyo motivo de ingreso (diagnóstico principal) es una complicación de cuidados hospitalarios (por tanto una complicación de un ingreso anterior). Por lo tanto, a diferencia del Ministerio, nosotros no excluimos estos últimos episodios como posibles reingresos (Meta: < 7,5%)</p> <p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Peso: 1,5</p> <p>LímInf: 7,5 ; LímSup: 5</p> <p>Signo: Descendente</p>	4,51	1,5	ID:13037.LimSup:5. LimInf:7,5. Peso:1,5. Tipo:Cuantitativo. Resul:4,51 CUANTI-DESC result puntos = peso
<p>Objetivo: Consultas Externas</p> <p>Indicador: Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas: CARDIOLOGIA.</p> <p>Fórmula: (Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) / Total de consultas X 100 (Meta: >= 30 % Hosp Nivel I, >=35% Hosp Nivel II a IV y >=45% Hosp Nivel V)</p> <p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Peso: 3</p> <p>LímInf: 25 ; LímSup: 35</p> <p>Signo: Ascendente</p>	34,3	2,79	ID:13107.LimSup:35. LimInf:25. Peso:3. Tipo:Cuantitativo. Resul:34,3 CUANTI-ASC (34,3-25)/(35-25)*3= (9,3)/(10)*3=2,79

<p>Objetivo: Uso racional del medicamento Indicador: Disminuir la presión antibiótica global Fórmula: Definición de programa de trabajo anual con responsables, actividades y asignación de franja horaria para programas PIRASO/PROA. LIDERAZGO GRUPO Y EMISION DE INFORMES (Meta: Si) Tipo: Cualitativo Peso: 3 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	3	ID:13198.LimSup:. LimInf:. Peso:3. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*3=3
<p>Objetivo: Uso racional del medicamento Indicador: Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria) Fórmula: (DDD Medicamentos biosimilares utilizados en el hospital / DDD Medicamentos biológicos que tengan biosimilares utilizados en el hospital) X 100 (Meta: >= 50%) Tipo: Cuantitativo Peso: 3 LímInf: 40 ; LímSup: 50 Signo: Ascendente</p>	53,44	3	ID:13218.LimSup:50. LimInf:40. Peso:3. Tipo:Cuantitativo. Resul:53,44 CUANTI-ASC result > Is -> puntos = peso
<p>Objetivo: Uso racional del medicamento Indicador: Promover la prescripción por principio activo Fórmula: Número de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables / número total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables X 100 (Meta: >=90%) Tipo: Cuantitativo Peso: 1,5 LímInf: 80 ; LímSup: 90 Signo: Ascendente</p>	81,51	0,23	ID:13049.LimSup:90. LimInf:80. Peso:1,5. Tipo:Cuantitativo. Resul:81,51 CUANTI-ASC (81,51-80)/(90-80)*1,5= (1,51)/(10)*1,5=0,23
<p>Objetivo: Uso racional del medicamento Indicador: Más del 80% de las prescripciones de Fentanilo de liberación inmediata se realizarán para pacientes adultos con dolor irruptivo oncológico que ya estén recibiendo de forma crónica otro tratamiento de mantenimiento con opioide Fórmula: (Nº de nuevas prescripciones de medicamentos que contienen Fentanilo de liberación inmediata en pacientes oncológicos / Nº de nuevas prescripciones de medicamentos que contienen Fentanilo de liberación inmediata) X 100 (Meta: >=80%) Tipo: Cuantitativo Peso: 3 LímInf: 70 ; LímSup: 80 Signo: Ascendente</p>	100	3	ID:13063.LimSup:80. LimInf:70. Peso:3. Tipo:Cuantitativo. Resul:100 CUANTI-ASC result > Is -> puntos = peso

<p>Objetivo: Indicadores de calidad de pacientes ingresados de la AHRQ. IQI</p> <p>Indicador: Disminuir la tasa de mortalidad en la neumonía (IQI 20). Razón estandarizada (RE)</p> <p>Fórmula: Tasa de mortalidad intrahospitalaria entre las altas de pacientes de 18 años o más con un código de neumonía en el campo del diagnóstico principal. Se excluyen pacientes con destino al alta desconocidos, pacientes trasladados a otro hospital, CDM 14 (embarazo, parto y puerperio) Para el cálculo de la tasa esperada hospitalaria se ha utilizado un modelo de ajuste de riesgo aplicando una técnica de regresión logística que permite pronosticar la probabilidad de aparición del evento resultado en cada alta que forma parte del denominador del IQI en el hospital. El número de eventos resultado esperados en un hospital se ha obtenido sumando las probabilidades de aparición de dicho evento en cada una de las altas de dicho denominador en el hospital La técnica de regresión logística utilizada modela las variaciones en la variable dependiente dicotómica (evento resultado), en función de cambios en las variables independientes: - Grupo etario, sexo y su interacción y - Grupo APR-GDR al ingreso combinado en una única variable con el riesgo de mortalidad (GDR-APR-ROM) La Razón estandarizada (RE) compara, para cada IQI en cada ámbito de estudio, el número de eventos observados con los esperados. Se han calculado también sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% Cuando tanto los casos observados como los esperados de un ámbito son 0, se ha optado por asignar a la razón estandarizada el valor 1. Cuando los casos observados son cero, no se ha obtenido el intervalo de confianza (Meta: Límite inferior del IC < 1 si la RE >1)</p> <p>Tipo: Cualitativo Peso: 3 LímInf: ; LímSup: Signo:</p>	CUMPLE	3	ID:13277.LimSup:. LimInf:. Peso:3. Tipo:Cualitativo. Resul:1 CUALI. 1*3=3
<p>Objetivo: Otros indicadores de calidad en pacientes en el hospital</p> <p>Indicador: PACPA. Porcentaje de pacientes con necesidades de C Paliativos incluidos en el seguimiento proactivo de la Plataforma telecontinuidad de C Paliativos tras alta hospitalaria en los servicios de M Interna, Oncología y Hematología, y UCP /Total pacientes de Cuidados Paliativos con alta en los servicios citados excepto exitus. (pacientes Complejos y No Complejos)</p> <p>Fórmula: Porcentaje de pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos incluidos en seguimiento proactivo de la Plataforma telecontinuidad de C Paliativos tras alta hospitalaria en Medicina Interna, Oncología, Hematología y UCP /Total pacientes de Cuidados Paliativos con alta en los servicios citados excepto exitus. (Meta: >=40%)</p> <p>Tipo: Cuantitativo Peso: 4,5 LímInf: 30 ; LímSup: 40 Signo: Ascendente</p>	88	4,5	ID:13312.LimSup:40. LimInf:30. Peso:4,5. Tipo:Cuantitativo. Resul:88 CUANTI-ASC result > ls -> puntos = peso
<p>Objetivo: Otros indicadores de calidad en pacientes en el hospital</p> <p>Indicador: Incrementar el % de pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de úlceras por presión.</p> <p>Fórmula: Pacientes inmovilizados con valoración braden / Poblacion diana (hospitalizados) x 100 (Meta: >= 65%)</p> <p>Tipo: Cuantitativo Peso: 4,5 LímInf: 55 ; LímSup: 65 Signo: Ascendente</p>	65	4,5	ID:13320.LimSup:65. LimInf:55. Peso:4,5. Tipo:Cuantitativo. Resul:65 CUANTI-ASC result > ls -> puntos = peso

RESULTADO OBJETIVOS 2020

Resumen:

Nº Indicadores: 24

Nº Indicadores evaluados: 24

Puntos Área Económica: 26,07

Puntos Área Ciudadanía: 30

Puntos Área Conocimiento: 10

Puntos Área Proceso Asistencial: 28,52

Puntos Salud Pública: 0

Nota UGC provisional: 9,46

OBJETIVOS 2021

No superar el presupuesto asignado en capítulo I	<=100%	20	Desviación porcentual del gasto en Capítulo I del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en Contrato Programa	GIRO	Dirección General de Gestión Económica y Servicios	<=100%: 100% de los puntos; >100%: Cada punto porcentual de desviación se traducirá una pérdida porcentual sobre el máximo del valor asignado al objetivo
No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	<=100%	20	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo	SIGLO	Dirección General de Gestión Económica y Servicios	<=100%: 100% de los puntos, >100%: Se aplicará una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asignará el 95% de los puntos al centro con menor desviación y 30% al de mayor desviación
Disminuir el gasto en Farmacia Hospitalaria: Protocolizar la indicación de terapias biológicas en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En pacientes DIGESTIVOS.	si	20		Informe del Director de la Unidad		Informe de consecución del Objetivo.
Disminuir el gasto en Farmacia Hospitalaria: Protocolizar la indicación de terapias biológicas en Asma. En pacientes RESPIRATORIOS	si	20		Informe del Director de la Unidad		Informe de consecución del Objetivo.
El gasto en prestación farmacéutica, a través de recetas, expresado en PVP/TAFE, no superará la cantidad marcada en el objetivo	<=100%	20	(Importe a PVP de Farmacia a través de recetas, excluyendo determinados medicamentos/TAFE) / (PVP/TAFE objetivo)	FARMA	Subdirección de Farmacia y Prestaciones	El periodo de evaluación será de enero a diciembre de 2021. TAFE: N° total de tarjetas ajustadas en función del consumo de farmacia por edad, tipo de aportación y sexo. Se exceptuarán los medicamentos calificados como de diagnóstico

OBJETIVO	META	VALOR	CÁLCULO	FUENTE DE	UNIDAD	ACLARACIONES	MÉTODO DE EVALUACIÓN
		AGS		INFORMACIÓN	INFORMANTE		
LISTA DE ESPERA CONSULTAS EXTERNAS: implantar estrategias que ayuden a disminuir la lista de espera en consultas externas y faciliten la priorización de derivaciones: TELEMEDICINA: Mantenimiento del sistema de interconsulta virtual en las especialidades de Medicina Interna, Neumología, Digestivo y Cardiología.	SI	15		Director Unidad			Informe de consecución de objetivos por parte del Director de Unidad.
LISTA DE ESPERA: Mantenimiento de sesiones clínicas por parte de Medicina Interna y Digestivo en las UGC de Atención Primaria (resolución de casos, aclarar dudas, presentación de protocolos, sesiones clínicas conjuntas en temas de interés, ...)	si	15		Director Unidad	de	Actas de sesiones.	Informe de consecución de objetivos por parte del Director de Unidad.
LISTA DE ESPERA PRUEBAS DIAGNOSTICAS: Implantación y difusión de aplicación digital a través de Atención Primaria que permita solicitudes de gastroscopia y colonoscopia según acuerdos de gestión entre UGC de Medicina Interna y UGC de Atención Primaria, y con resolución de problemas previamente detectados (ausencia de cumplimiento de consentimientos informados, dudas en preparaciones de colonoscopia, dudas en terapias anticoagulantes y antiagregantes, peticiones fuera de indicación pactada.	SI	10		Director Unidad	de		Informe de consecución de objetivos por parte del Director de Unidad.
El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido (desglose por especialidad: Dig 35%, Card 25%, Med Int 20%, Neum 20%)	0	15		Info/WEB	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades.	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos. En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio: -Si el número de pacientes pendientes totales el último día del año <= media del número de pacientes pendientes totales del último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos. - Si el número de pacientes pendientes totales el último día del año > media del número de pacientes pendientes totales de los dos años anteriores: 0% de los puntos.

<p>El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido (desglose por especialidad: Dig 35%, Card 25%, Med Int 20%, Neum 20%)</p>	0	10		InfoWEB	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas la especialidades.	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos. En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio: -Si el número de pacientes pendientes totales el último día del año <= media del número de pacientes pendientes totales del último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos. - Si el número de pacientes pendientes totales el último día del
<p>El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta supere el plazo de 30 días para ser atendido (desglose por especialidad: Dig 40% Card 40% Neum 20%).</p>	0	15		InfoWEB	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Se contabilizan las solicitudes de pruebas diagnósticas garantizadas con cita y sin cita de todas las especialidades.	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos. En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio: -Si el número de pacientes pendientes totales el último día del año <= media del número de pacientes pendientes totales del último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos. - Si el número de pacientes pendientes totales el último día del año > media del número de pacientes pendientes totales del último día de los dos años anteriores: 0% de los puntos.
<p>Las solicitudes de esofagogastroduodenoscopias (EDA) y colonoscopias (EDB) deberán registrarse en citaweb el mismo día en que han sido indicadas</p>	>=85%	20	Nº de endoscopias digestivas realizadas cuya fecha de solicitud coincide con la fecha de la consulta / Nº total de endoscopias digestivas realizadas * 100	InfoWEB	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Para lograr este objetivo las solicitudes de procedimientos diagnósticos deberían registrarse exclusivamente en formato electrónico. Únicamente se tendrán en cuenta aquellas solicitudes de EDA y EDB procedentes de la línea de actividad consultas externas DE DIGESTIVO Y MEDICINA INTERNA (SE EXCLUYEN LAS PROCEDENTES DE SOLICITUDES DE ATENCION PRIMARIA)	>= 85%: 100% de los puntos. <= 70%: 0%. El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor.

OBJETIVO	META	VALOR AGS	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	UNIDAD INFORMANTE	ACLARACIONES	METODO DE EVALUACIÓN
INVESTIGACIÓN: Participación en Línea de Investigación propia o compartida.	si	100		Investigador Principal.		Investigación en pacientes con Síndrome de Wolfram. Informe de participación del investigador principal o agencia evaluadora de investigación.	Informe justificativo
Índice adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida	Límite inferior del IC del IUE ≤ 1 .	10	IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado. $IUE = EM \text{ observado} / EM \text{ esperada}$. EME (Estancia Media Esperada): Estancia media que tendría el hospital h (EMeh) si los GRD-APR de las altas CMBD válidas que ha generado hubieran tenido la estancia media del estándar EME _h . $EMeh = (Nih \times EMh) / \sum (Nih)$ donde: i: GRD-APR; h: hospital; Nih: número de altas en el GRD-APR i en el hospital h; EMh: estancia media del GRD-APR i en el estándar; IC - intervalo de confianza	CMBD HOSPITALIZACIÓN	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Los SSCC enviarán los Estándares trimestrales de los GDR-APR del conjunto de los hospitales para el cálculo de los IUE	Si el límite inferior del IC del IUE $\leq 100\%$ de los puntos. Si el límite inferior del IC del IUE $> 100\%$ de los puntos.
Disminuir los reingresos hospitalarios	$\leq 7,5\%$	10	Episodio índice: - Episodios con tipo de alta distinto de exitus. - Episodios con fecha de alta de enero a mayo, enero a agosto o enero a noviembre según el período a evaluar. Reingreso: - Episodio dentro del mismo hospital que el episodio índice y de un mismo paciente. - Ingreso en menos de 31 días desde el episodio índice. - Tipo de ingreso urgente. - Categoría Diagnóstica Mayor distinta a: - 21 Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. - 22 Quemaduras. - 25 Trauma múltiple significativo. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (http://icmbd.es/docs/indicadores/fichas/reingreso_s.pdf) excluye como reingresos los episodios pertenecientes a estas categorías diagnósticas mayores al entender que, aun produciéndose de forma urgente en menos de 31 días del episodio índice, no necesariamente están relacionadas con este. No obstante dentro de la CDM 21 se encuentran episodios cuyo motivo de ingreso (diagnóstico principal) es una complicación de cuidados hospitalarios (por tanto una complicación de un ingreso anterior). Por lo tanto, a diferencia del Ministerio, nosotros no excluimos estos últimos episodios como posibles reingresos.	CMBD HOSPITALIZACIÓN	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información		$\leq 7,5\%$: 100% de los puntos. $> 8,5\%$ de los puntos. El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor.

Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas, EN EL AREA DE CARDIOLOGIA	Hospitales nivel 1 >= 30%, Hospitales nivel 2,3, y 4 >=35%, Hospitales nivel 5 >=45%	10	(Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) / Total de consultas x 100	Info/WEB	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (teleconsulta y telefónicas). Este objetivos se utilizará como un indicador indirecto para valorar el porcentaje de consultas de acto único. Se excluyen las consultas de: Análisis Clínicos. - Anatomía Patológica. - Bioquímica Clínica. - Farmacología Clínica. - Farmacia Hospitalaria. - Hematología y Hemoterapia. - Inmunología. - Medicina Nuclear. - Microbiología y Parasitología. - Neurofisiología Clínica. - Oncología Médica. - Oncología Radioterápica. - Medicina Familiar y C. - Estomatología. - Medicina del Trabajo. - Medicina Preventiva y S.P.	Hospitales de nivel 1 >=30%: 100% de los puntos. <=25: 0% de los puntos. El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor. Hospitales de nivel 2, 3 y 4 >=35%: 100% de los puntos. <=: 0% de los puntos. El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor. Hospitales de nivel 5 >=45%: 100% de los puntos. <=40: 0% de los puntos. El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor.
Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria)	>=50%	20	(DDD Medicamentos biosimilares utilizados en el hospital / DDD Medicamentos biológicos que tengan biosimilares utilizados en el hospital) x 100	FARMA	Subdirección de Farmacia y Prestaciones	Este indicador se refiere a medicamentos de adquisición hospitalaria.	>=50%: 100% de los puntos. <50% pero >= que la media de los dos años anteriores: Se asignará un máximo de 50% de los puntos mediante una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asigna el 50% de los puntos al centro con el mejor valor y el 10% al que tenga el valor más bajo <50% y menor que la media de los dos años anteriores: 0% de los puntos.
Promover La prescripción por principio activo.	>=92%	5	(Número de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables / número total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables) x 100	FARMA	Subdirección de Farmacia y Prestaciones		>=92%: 100% de los puntos. <92%: Se asignará un máximo del 50% de los puntos mediante una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asigna el 50% de los puntos al centro con el mejor valor y el 0% al que tenga el valor más bajo.

Disminuir la tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, sin traslados (IQI 32)	Límite inferior del IC de la RE <=1	10	Tasa de mortalidad intrahospitalaria entre las altas de pacientes de 18 años o más con un código de infarto agudo de miocardio (IAM) en el campo de diagnóstico principal. Se excluyen pacientes con destino al alta desconocido, trasladados a otro hospital, pacientes con procedencia del ingreso desconocida, pacientes procedentes de otro hospital o CDM 14 (embarazo, parto y puerperio). Para el cálculo de la tasa esperada hospitalaria se ha utilizado un modelo de ajuste de riesgo aplicando una técnica de regresión logística que permite pronosticar la probabilidad de aparición del evento resultado en cada alta que forma parte del denominador del IQI en el hospital. El número de eventos resultado esperados en un hospital se ha obtenido sumando las probabilidades de aparición de dicho evento en cada una de las altas de dicho hospital.	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información		Si el límite inferior del IC de la RE <= 1: 100 de los puntos. Si el límite inferior del IC de la RE >1: 0% de los puntos.
USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO RELACIONADO CON ANTIBIOTERAPIA: Mantenimiento y responsable por parte de la UGC de Medicina Interna, con mantenimiento de reuniones y emisión de informes y sesiones clínicas informativas del grupo PIRASDA / PROA.	Si	15	Informes y análisis. Actas.				Informe del Director UGC.
PACPA. Porcentaje de pacientes con necesidades de C Paliativos incluidos en el seguimiento proactivo de la Plataforma telecontinuidad de C Paliativos tras alta hospitalaria en los servicios de M Interna, Oncología y Hematología, y UCP /Total pacientes de Cuidados Paliativos con alta en los servicios citados excepto exitus. (pacientes Complejos y No Complejos)		10	Porcentaje de pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos incluidos en seguimiento proactivo de la Plataforma telecontinuidad de C Paliativos tras alta hospitalaria en Medicina Interna, Oncología, Hematología y UCP /Total pacientes de Cuidados Paliativos con alta en los			> 40%	SALUD RESPONDE (Plataforma de telecontinuidad de CP) CMBD (pacientes que ingresan en las unidades de medicina interna, oncología, hematología y UCP incluidos los exitus del periodo)
Incrementar el % de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión en la Valoración Inicial	>=60%	10	Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras por presión (Adultos: Braden, Pediatría: Braden Q, Neonatos: NSRAS, UCI: COMHON) x 100 / Población diana	Historia Digital de Cuidados Hospital	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información	Numerador: Episodios con ingreso de más de 24h con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (Adultos: Braden, Pediatría: Braden Q, Neonatos: NSRAS; Uci: COMHON). Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial.	>=60%: 100% de los puntos. <=40%: 0% de los puntos. Los valores entre el 40% y 60% se evaluarán mediante una función de valor.

MODELO OBJETIVOS INDIVIDUALES

OBJETIVO	Limite	Peso	Resultado	Puntos
INTERCONSULTA VIRTUAL: Respuesta en plazo 100%. (incluye cobertura en "periodos vacaciones" de asistencia sólo en planta o pruebas complementarias y cobertura de otras unidades de Primaria).	SI	5		
PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO	>90%	1		
MEDICAMENTOS BIOSIMILARES UTILIZADOS EN EL HOSPITAL (enoxaparina, epoetina, filgastrim, adalimumab, infliximab)	>50%	1		
ESPECIFICO:	SI	3		
Uso eficiente de estancias hospitalarias, H. Día y evitar reingresos.				
Conciliación medicación al alta (Receta XXI)				
Informes de Exitus.				
Realizar cursos de RRLL.				
Acudir a Vigilancia de la Salud cuando corresponda.				
	TOTAL	10		