



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias
Servicio Andaluz de Salud

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD CONTRATO PROGRAMA 2022

**HOSPITALES,
DISTRITOS,
ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA
Y
RED ANDALUZA DE MEDICINA
TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CÉLULAS**





INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía recoge la universalidad y la equidad en los niveles de salud y la igualdad efectiva en el acceso al SSPA como los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía. Asimismo, constituyen principios básicos de este modelo la concepción integral de la salud, la descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, la mejora continua en la calidad de los mismos especialmente en lo referente a la atención personal y la utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

El Servicio Andaluz de Salud es una agencia administrativa de la Consejería de Salud y Familias que se adscribe a la Viceconsejería de Salud y Familias, cuyas competencias y funciones están reguladas por la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y por el Decreto 105/2019 de 5 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud constituye por su estructura, dimensión, distribución territorial y volumen de actividad asistencial, el principal ente instrumental para la provisión de servicios de salud a la ciudadanía de Andalucía. Tiene la responsabilidad, bajo la supervisión y control de la Consejería, de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El Decreto 105/2019 de 5 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud, contempla en su articulado a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, como la responsable de la elaboración de las propuestas de actuación que deban



formularse, en relación con los presupuestos y Contrato Programa del SAS y de las entidades que tenga adscritas.

Dentro de este ámbito, **el presente Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que estos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2022.**

Desde la Consejería de Salud y Familias, se apuesta por una sanidad pública gestionada con nuestros profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a sus pacientes. Una sanidad que cuente con un sistema de evaluación continua del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que apuesta por la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y que salvaguarde los principios de igualdad y equidad en el acceso al sistema, la dignidad de la calidad y de los derechos del paciente.

Las líneas estratégicas para la mejora de nuestro sistema de salud, en los próximos años, se sustentan en cuatro pilares:

- **El paciente.** Debe ser el centro de nuestra actuación y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.
- **Los profesionales** como principal activo del Sistema Sanitario Público Andaluz.
- Mejora **del modelo de gestión.**
- **Una financiación adecuada** de nuestra sanidad.

Las medidas que se pondrán en marcha para impulsar las mejoras, en estos ámbitos, se construirán desde el diálogo con las Sociedades Científicas, con los profesionales y los pacientes que constituyen la piedra angular del sistema.

Por lo tanto, el Contrato Programa supone no solo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también **el compromiso de los centros para dar respuesta a las**



necesidades de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

Este Contrato Programa supone un esfuerzo de síntesis y concreción **de objetivos orientados a la consecución de resultados en salud**, así como a la evaluación más eficiente y eficaz que se respalde en los sistemas de información sanitaria implantados en nuestro sistema sanitario.

Debido a las excepcionales circunstancias que han concurrido durante el 2021 y que afectan a la vuelta a la normalidad en el funcionamiento de los centros, se ha decidido modular las metas de determinados objetivos en este Contrato Programa y su evaluación.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2022.

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud









ÍNDICE

OBJETIVOS DEL CENTRO.....	9
ANEXO: FICHAS DE LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2022	23
1 PERSPECTIVA ECONÓMICA.....	25
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS....	25
1.1.1.1. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I	25
1.1.1.2. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas).....	25
1.1.1.3. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	26
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.2. COBROS A TERCEROS.....	26
1.2.1.1. % de liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago	26
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES	28
1.3.1.1. % de absentismo laboral de los profesionales.....	28
2 PERSPECTIVA CIUDADANA	30
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1. LISTA DE ESPERA.....	30
2.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	30
2.1.1.1. Nº de pacientes pendientes con garantía de respuesta quirúrgica, que conservan la garantía, que superan el plazo establecido.....	30
2.1.1.2. Nº de pacientes pendientes sin garantía de respuesta quirúrgica, o que la hayan perdido, que superan 365 días.....	30
2.1.1.3. % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados.....	31
2.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS.....	31
2.1.2.1. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos.....	31
2.1.2.2. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos.....	32
2.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	32
2.1.3.1. Nº de pacientes pendientes de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta que superan 30 días para ser atendidos	32
2.1.3.2. % de solicitudes de Endoscopias Digestivas registradas en el día de su indicación o 3 días posteriores.....	33
2.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA	34
2.1.4.1. Tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas telefónicas	34
2.1.4.2. Tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales (demanda clínica)	34
2.1.4.3. % de citas médicas y de enfermería asignadas a través de canales externos...	35



ÁREA ESTRATÉGICA: 2.2. VISITAS DOMICILIARIAS Y CONSULTAS TELEMEDICINA 35

2.2.1. VISITAS A DOMICILIO.....	35
2.2.1.1. Nº de visitas médicas domiciliarias.....	35
2.2.1.2. Nº de visitas de enfermería domiciliarias.....	36
2.2.2. CONSULTAS TELEMEDICINA.....	36
2.2.2.1. % de derivaciones a para su resolución mediante telemedicina vía Teleconsulta.....	36

AREA ESTRATÉGICA: 2.3. ACCESIBILIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS 37

2.3.1.1. Ratio de concentrados de hemáties (CH) aptos/distribuidos.....	37
2.3.1.2. Tasa de plasmaféresis x 10.000 habitantes.....	37
2.3.1.3. % de rendimiento de las colectas de los equipos móviles.....	38
2.3.1.4. % de incremento de donantes.....	38

3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO 39

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN 39

3.1.1.1. Índice de satisfacción de los/as residentes del Centro.....	39
3.1.1.2. Grado de adherencia de los profesionales al Itinerario Formativo de Investigación.....	39
3.1.1.3. Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto.....	39
3.1.1.4. Nº de publicaciones en revistas nacionales e internacionales.....	40
3.1.1.5 % de formación de cargos directivos para la elaboración de un plan de humanización.....	40
3.1.1.6 % de actividades de formación con simulación y/o prácticas en el contexto real.....	41

4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL 42

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA..... 42

4.1.1. HOSPITALIZACIÓN.....	42
4.1.1.1. Límite inferior del IC del Índice de utilización de las estancias hospitalarias.....	42
4.1.1.2. % de reingresos.....	43
4.1.1.3. Estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados.....	43
4.1.2. HOSPITAL DE DIA QUIRÚRGICO.....	44
4.1.2.1. % de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria.....	44
4.1.3. HOSPITAL DE DIA MÉDICO.....	46
4.1.3.1. Índice de Ambulatorización.....	46
4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS.....	46
4.1.4.1. % de primeras consultas sobre el total de consultas.....	46
4.1.5. URGENCIAS.....	47



4.1.5.1. % de urgencias no relacionadas con el embarazo correspondientes a retornos de menos de 72 horas.....	47
4.1.5.2. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación	47
4.1.5.3. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación	48
4.1.5.4. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación	48
4.1.5.5. % de pacientes que no superan el Tiempo de Espera para la 1ª consulta facultativa según nivel de triaje	48
4.1.6. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS.....	49
4.1.6.1. % de Concentrados de Hematíes (CH) aptos de donaciones de sangre útiles....	49
4.1.6.2. % de Concentrados de Hematíes (CH) caducados.....	49
4.1.6.3. % de incremento de la producción de tejido óseo	51
4.1.6.4. % de Donaciones de Sangre desechadas.....	51
4.1.6.5. % de unidades de mezcla de plaquetas caducadas.....	51
4.1.6.6. Tasa de donación de médula ósea x 1.000.000 de habitantes.....	52
4.1.6.7. Ratio unidades de plasma y CH transfundidos	52

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2. CALIDAD ASISTENCIAL 54

4.2.1. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	54
4.2.1.1. Presión antibiótica	54
4.2.1.2. % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares.....	54
4.2.1.3. % de los medicamentos biológicos de adquisición hospitalaria que son biosimilares.....	55
4.2.1.4. Ratio de prescripciones activas de los pacientes polimedicados.....	55
4.2.1.5. % de revisión o modificación de potenciales problemas de seguridad notificados derivados de la prescripción en poblaciones diana)	56
4.2.1.6. % de prescripción por principio activo.....	57
4.2.2. INDICADORES DE CALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. IQI	58
4.2.2.1. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, sin traslados IQI-32	58
4.2.2.2. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en la insuficiencia cardíaca IQI-16	59
4.2.2.3. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo IQI-17	60
4.2.2.4. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en la neumonía IQI-20.....	61
4.2.3. INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. PSI.....	62
4.2.3.1. Razón de Tasas de Mortalidad en GRDs de baja mortalidad PSI-02.....	62
4.2.3.2. Razón de Tasas de Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado PSI-18 .	62
4.2.4. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL.....	63
4.2.4.1. % de pacientes con coronariografía y/o reperfusión en el SCACEST	63
4.2.4.2. % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante reperfusión vascular mecánica o fibrinólisis	64
4.2.4.3. % de cesáreas.....	65
4.2.4.4. Densidad de incidencia anual de infección-colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas.....	66
4.2.4.5. % de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP).....	66



4.2.4.6. % de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis	68
4.2.4.7 % de gestión de riesgos e incidentes	68
4.2.5. PREVENCIÓN EN AP	68
4.2.5.1. Límite inferior del IC de la Razón estandarizada de la tasa del indicador de la AHRQ PQI-91 (Compuesto Agudos)	68
4.2.5.2. Límite inferior del IC de la Razón estandarizada de la tasa del indicador de la AHRQ PQI-92 (Compuesto Crónicos).....	69
4.2.5.3. Límite inferior del IC de la Razón estandarizada de la tasa de ingresos por EPOC o asma en adultos de 40 años o más PQI-5	69
4.2.5.4. % de cobertura de vacunación infantil	71
4.2.5.5. % de cobertura de vacunación infantil - Triple Vírica.....	71
4.2.5.6. % de cobertura de vacunación antigripal en personas >= 65 años	71
4.2.5.7. % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 71 años y/o Covid Grave	72
4.2.5.8. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama	72
4.2.5.9. % de mujeres con citología de cuello uterino	73
4.2.5.10. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal	73
4.2.5.11. % de cobertura del cribado para la detección precoz de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo	74
4.2.6. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	75
4.2.6.1. % de pacientes >= 65 años con valoraciones de la fragilidad funcional o cognitiva	75
4.2.6.2. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un Plan de Acción Personalizado (PAP)	75
4.2.6.3. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP a los que se realiza seguimiento proactivo.....	76
4.2.6.4. % de pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de úlceras por presión	76
4.2.6.5. % de resolución de las consulta de acogida en los Centros de AP	77
4.2.6.6. % de pacientes con valoración del riesgo cardiovascular.....	77
4.2.6.7 % de teleconsultas para la coordinación de los pacientes crónicos complejos priorizados.....	78
4.2.6.8. % de pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada	79
4.2.6.9. % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica	79
4.2.7. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	80
4.2.7.1. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Transfusión.....	80
4.2.7.2. % de participacion en las Comisiones Hospitalarias de Trasplantes.....	80
4.2.8. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA RAMTTC	81
4.2.8.1. Tasa de notificaciones adversas transfusionales por 1.000 componentes transfundidos	81



OBJETIVOS DEL CENTRO

1 PERSPECTIVA ECONÓMICA	VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR			
	AH	AP	AGS	RAMTTC				AH	AP	AGS	RAMTTC
1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS	90	90	90	90	1.1.1.1.	No superar el presupuesto asignado en capítulo I	<= 100%	45	45	45	45
					1.1.1.2.	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	<= 100%	20	20	20	45
					1.1.1.3.	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia	<= 100%	25	25	25	
1.2. COBROS A TERCEROS	5	5	5	5	1.2.1.1.	Alcanzar o superar la cantidad fijada para las liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago	>= 100%	5	5	5	5
1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES	5	5	5	5	1.3.1.1.	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales	< IT del año anterior	5	5	5	5



2 PERSPECTIVA CIUDADANIA		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
2.1. LISTA DE ESPERA	2.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	45		30		2.1.1.1.	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserve dicha garantía	0	15		10		
						2.1.1.2.	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días	0	15		10		
						2.1.1.3.	El Hospital incrementará el % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente	>= 80%	15		10		
	2.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS	20		10		2.1.2.1.	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	10		5		
						2.1.2.2.	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	10		5		
	2.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS	30		10		2.1.3.1.	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	0	15		5		
						2.1.3.2.	Las solicitudes de esofagogastroduodenoscopias (EDA) y colonoscopías (EDB) deberán registrarse en	>= 85%	15		5		



2 PERSPECTIVA CIUDADANIA		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
							citaweb el día solicitada o los 3 días siguientes						
	2.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA		60	30		2.1.4.1.	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas telefónicas médicas	<= 4 días		20	10		
		2.1.4.2.			Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales (demanda línica)	<= 3 días		20	10				
		2.1.4.3.			Aumentar el % de citas médicas y de enfermería asignadas a través de canales externos	>= 75%							20
2.2. VISITAS DOMICILIO Y CONSULTAS TELEMEDICIN A	2.2.1. VISITAS A DOMICILIO		30	15		2.2.1.1.	Incrementar las visitas médicas domiciliarias programadas y a demanda diarias	>= 2		15	7		
		2.2.1.2.			Incrementar las visitas de enfermería domiciliarias programadas y a demanda diarias	>= 3		15	8				
	2.2.2. CONSULTAS TELEMEDICIN A	5	10	5		2.2.2.1.	Incrementar el % de derivaciones a AH para su resolución a través de telemedicina (vía Teleconsulta)			Distritos >= 30% Hospitales >= 10% AGS >=20%	5	10	5
2.3. ACCESIBILIAD RAMTTC					100	2.3.1.1	Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia	>= 1,1				35	



2 PERSPECTIVA CIUDADANIA	VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
	AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
					2.3.1.2	Aumentar la tasa de donación de plasma X 10.000 h.	>= 22 por 10.000 h.				30	
					2.3.1.3	Rentabilizar las salidas de los Equipos Móviles	>= 52%				20	
					2.3.1.4	Aumentar el número de donantes cada año	>= 105%				15	



3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO	VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 10%							
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
	AH	AP	AGS	RAMTTC				AH	AP	AGS	RAMTTC	
3.1. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	20	20	100		3.1.1.1.	Velar por la satisfacción de los/as residentes del centro	>= 4,1	20	20	20		
	20	20		50	3.1.1.2.	Incrementar el número de profesionales sanitarios del SAS que acceden al Itinerario Formativo de Investigación	>= 1	20	20	10	20	
	20				3.1.1.3.	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	>= media de los tres últimos años disponibles	20		15		
		20		50	3.1.1.4.	Incrementar el número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales	>= año anterior		20	15	80	
	20	20			3.1.1.5.	Capacitar a los cargos directivos, cargos intermedios y miembros de comisiones de humanización de los centros para elaborar un plan de humanización adaptado a su contexto local	>=75%	20	20	20		
	20	20			3.1.1.6.	Incrementar el porcentaje de actividades realizadas en contexto simulado y/o real	>=25%	20	20	20		



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
4.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA	4.1.1. HOSPITALIZACIÓN	20		10		4.1.1.1.	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida	Límite inferior del IC del IUE <= 1	10		5		
						4.1.1.2.	Disminuir los reingresos hospitalarios	<= 7,5%	5		2,5		
						4.1.1.3.	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)	<= 12 horas	5		2,5		
	4.1.2. HOSPITAL DE DIA QUIRÚRGICO	10		5		4.1.2.1.	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)	>= 80%	10		5		
	4.1.3. HOSPITAL DE DIA MÉDICO	5		2,5		4.1.3.1.	Incrementar el Índice de Ambulotorización	>= 0,2	5		2,5		
	4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS	10		5		4.1.4.1.	Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	Hospitales nivel 1 >= 30%, Hospitales nivel 2, 3 y 4 >= 35%, hospitales nivel 5 >= 45%	10		5		
	4.1.5. URGENCIAS	15		7,5		4.1.5.1.	Disminuir los retornos a Urgencias en menos de 72 horas que no estén relacionados con el embarazo	<= 10%	2		1		



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR			
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C
						4.1.5.2.	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación	<= 4 horas	3		1,5	
						4.1.5.3.	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación	<= 12 horas	1,5		0,75	
						4.1.5.4.	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación	<= 24 horas	1,5		0,75	
						4.1.5.5.	Adecuar el tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa por nivel de prioridad en el triaje	>= 90%	7		3,5	
4.1.6. RAMTTC					50	4.1.6.1.	Mejorar la obtención de CH aptos a partir de las donaciones de sangre útiles	>= 98%				10
						4.1.6.2.	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de CH	<= 1,5%				5
						4.1.6.3.	Incrementar la producción de tejido óseo	>= 105%				10
						4.1.6.4.	Minimizar el porcentaje de donaciones de sangre total desechadas por bajo o por exceso de volumen	<= 1,25%				7,5
						4.1.6.5.	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de Mezcla de Plaquetas	<= 7%				7,5
						4.1.6.6.	Obtener donantes de médula ósea tipados, según el Plan Nacional de Donantes de Médula Ósea	>= 200 por millón h.				5

Servicio Andaluz de Salud. CP 2022. Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
						4.1.6.7	Adecuar la utilización de plasma transfundido	<= 10				5	
4.2. CALIDAD ASISTENCIAL	4.2.1. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	12	20	16		4.2.1.1.	Disminuir la presión antibiótica	<= 1	2	4	3		
						4.2.1.2.	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)	>= 60%	2	4	3		
						4.2.1.3.	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria)	>= 75%	2		2		
						4.2.1.4.	Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedicado	>= 10%	2	4	2		
						4.2.1.5.	Mejorar el uso de medicamentos en poblaciones diana interviniendo sobre los potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción	>= 50%	2	4	4		
						4.2.1.6.	Promover la prescripción por principio activo	>= 92%	2	4	2		
	4.2.2. INDICADORES DE CALIDAD DE PACIENTES	12		6		4.2.2.1.	Disminuir la Tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, sin traslados (IQI 32)	Límite inferior del IC de la RE <= 1	3		1,5		



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
INGRESADOS DE LA AHRQ. IQI						4.2.2.2.	Disminuir la Tasa de mortalidad en la insuficiencia cardíaca (IQI 16)	Límite inferior del IC de la RE <= 1	3		1,5		
						4.2.2.3.	Disminuir la Tasa de mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo (IQI 17)	Límite inferior del IC de la RE <= 1	3		1,5		
							4.2.2.4.	Disminuir la Tasa de mortalidad en la neumonía (IQI 20)	Límite inferior del IC de la RE <= 1	3			1,5
4.2.3. INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. PSI	4		2			4.2.3.1.	Disminuir la tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad (PSI 02)	<= 1	2		1		
						4.2.3.2.	Disminuir la tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado (PSI 18)	<= 1	2		1		
4.2.4. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN PACIENTES EN EL HOSPITAL	12		6			4.2.4.1.	Incrementar el % de pacientes con coronariografía y/o reperusión en el SCACEST	Hospitales de nivel 1 >= 90%	3		1,5		
								Hospitales de nivel 2 >= 85%					



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
								Hospitales de nivel 3,4 y 5 >= 55%					
						4.2.4.2.	Incrementar el % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante reperusión vascular mecánica o fibrinólisis	Hospitales de nivel 1 y 2 >= 20%	3		1,5		
								Hospitales de nivel 3, 4 y 5 >= 15%					
						4.2.4.3.	Disminuir el % de cesáreas	<= 22%	2,5		1,25		
						4.2.4.4.	Reducción de la densidad de incidencia (DI) anual de infección-colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EBPC)	DI de partida:	2		1		
								< 0,01: mantenerla o reducirla					
								Entre 0,01 y 0,03: reducirla >= 10%					



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
								Entre 0,03 y 0,11: reducirla >= 30%					
								>= 0,11: reducirla >= 50%					
						4.2.4.5.	Incrementar el % de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión en la Valoración Inicial	>= 60%	0,5				0,25
						4.2.4.6.	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis	>= 50%	0,5				0,25
						4.2.4.7.	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	>=70%	0,5				0,25
	4.2.5. PREVENCIÓN EN AP		50	25		4.2.5.1.	Disminuir la Tasa del indicador preventivo de la AHRQ PQI 91 (Compuesto Agudos)	Límite inferior del IC de la RE <= 1		4	2		
4.2.5.2.						Disminuir la tasa del indicador preventivo de la AHRQ PQI 92 (Compuesto Crónicos)	Límite inferior del IC de la RE <= 1	4		2			



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
						4.2.5.3.	Disminuir la tasa de ingresos por EPOC o asma en adultos de 40 años o más (PQI 5)	Límite inferior del IC de la RE <= 1		4	2		
						4.2.5.4.	Incrementar el % de cobertura de vacunación infantil en niños de 2 años según el PVA	>= 97%		5	2,5		
						4.2.5.5.	Incrementar el % de cobertura de vacunación de Triple Vírica en niños de 4 años	>= 97%		5	2,5		
						4.2.5.6.	Incrementar el % de cobertura de vacunación antigripal en personas >= 65 años	>= 75%		4	2		
						4.2.5.7.	Incrementar el % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 69 años y/o Covid Grave	>= 40%		4	2		
						4.2.5.8.	Incrementar el % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama	>= 95%		5	2,5		
						4.2.5.9.	Incrementar el % de mujeres con citología de cuello uterino	>= 20%		5	2,5		
						4.2.5.10.	Incrementar el % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal	= 100%		5	2,5		
						4.2.5.11.	Incrementar la cobertura del cribado de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo	>= 40%		5	2,5		



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%							
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C	
4.2.6. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA			30	15		4.2.6.1.	Incrementar el % de pacientes >= 65 años con valoraciones de la fragilidad funcional y cognitiva	>= 35%		4	2		
						4.2.6.2.	Incrementar el % de pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) con un Plan de Acción Personalizado (PAP)	>= 20%		3	1,5		
						4.2.6.3.	Incrementar el % de pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) con seguimiento proactivo	>= 80%		4	2		
						4.2.6.4.	Incrementar el % de pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de Úlceras por Presión	>= 70%		3	1,5		
						4.2.6.5.	Incrementar la resolución de las Consultas de Acogida en los centros de AP	>= 45%		4	2		
						4.2.6.6.	Incrementar el % de pacientes entre 40-64 años con hipertensión arterial, sin enfermedad vascular conocida, que tengan realizada la valoración del riesgo cardiovascular (test SCORE)	>= 75%		3	1,5		
						4.2.6.7.	Mejorar la coordinación interniveles de atención sanitaria a los pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) mediante teleconsultas	>= 60%		3	1,5		
						4.2.6.8.	Incrementar del % de pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada ajustada por edad	>= 50%		3	1,5		



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				OBJETIVO		META	VALOR			
		AH	AP	AGS	RAMTT C				AH	AP	AGS	RAMTT C
						4.2.6.9.	Incrementar el % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica	>= 30%		3	1,5	
	4.2.7. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RAMTTC				33	4.2.7.1.	Participar en las comisiones hospitalarias de transfusión	= 100%				16,5
		4.2.7.2.	Participación en las comisiones hospitalarias de trasplantes	= 75%		16,5						
	4.2.8. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA RAMTTC					17	4.2.8.1.	La Red de MTTC establecerá una política de registro, seguimiento y estudio de las reacciones adversas de la transfusión	<= 1,2%			



ANEXO: FICHAS DE LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2022





La evaluación de los objetivos de este Contrato programa tendrá lugar a final del año si bien se realizará un seguimiento permanente de los mismos con la periodicidad que se indica para cada uno de ellos. En general el seguimiento se realizará desde el 1 de Enero hasta el final del mes correspondiente, si bien algunos indicadores por su naturaleza no se inician en Enero.

1 PERSPECTIVA ECONÓMICA

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

1.1.1.1. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I

OBJETIVO	No superar el presupuesto asignado en capítulo I
META	$\leq 100\%$
CÁLCULO	Desviación porcentual del gasto en Capítulo I del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en Contrato Programa
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	GIRO
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Gestión Económica y Servicios
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 100\%$: 100% de los puntos $> 100\%$: Cada punto porcentual de desviación se traducirá en una pérdida de un punto porcentual sobre el máximo del valor asignado al objetivo

1.1.1.2. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)

OBJETIVO	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)
META	$\leq 100\%$
CÁLCULO	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	SIGLO
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Gestión Económica y Servicios
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 100\%$: 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



1.1.1.3. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)

OBJETIVO	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)
META	$\leq 100\%$
CÁLCULO	Distritos: Desviación porcentual del coste (PVP) por TAFE en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas por AP, respecto al valor asignado Áreas de Gestión Sanitaria: Desviación porcentual del coste (PVP) por TAFE en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas por AP y AH, respecto al valor asignado Hospitales: Desviación porcentual del coste (PVP) en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas en el hospital, respecto al valor asignado
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	El periodo de evaluación será de enero a diciembre de 2022 TAFE: Nº total de tarjetas ajustadas en función del consumo de farmacia por edad, tipo de aportación y sexo Se exceptuarán de las recetas de AP los medicamentos calificados como de diagnóstico hospitalario, los antiepilépticos (excepto gabapentina, pregabalina y carbamazepina) y los antineoplásicos hormonales (L02, según la clasificación ATC)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 100\%$: 100% de los puntos $> 100\%$: Se aplicará una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asignará el 70% de los puntos al centro con el mejor valor y el 0% al que tenga el valor peor

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.2. COBROS A TERCEROS

1.2.1.1. % de liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago

OBJETIVO	Alcanzar o superar la cantidad fijada para las liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago
META	$\geq 100\%$
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	GIRO
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Gestión Económica y Servicios
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 100\%$: 100% de los puntos $< 100\%$ y mayor o igual de la media del % de ejecución de los centros: 50% de los puntos



	< 100% y menor de la media del % de ejecución de los centros: 0% de los puntos
--	--



ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES

1.3.1.1. % de absentismo laboral de los profesionales

OBJETIVO	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales
META	< IT del año anterior
CÁLCULO	Días en IT de los profesionales del centro en el periodo X 100 / Días de contrato de los profesionales en el periodo
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Cuadro de mandos de la DGP (GERHONTE y Listados IT de la Subdirección de Inspección y Servicios)
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Personal. Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales
ACLARACIONES	Se ha establecido el objetivo para los distintos grupos que son los tipos de centro: Hospitales, AGS, DSAP, CTTC Dentro de cada grupo, los centros se han clasificado en tres niveles según el resultado obtenido en este indicador en 2021, que suponen distintos puntos de partida: 1. Centros por debajo de la media de su grupo la IT de 2021. 2. Centros por encima de la media IT 2021 de su grupo en < de 0,5 puntos. 3. Centros igual o por encima de la media IT 2021 de su grupo en > de 0,5 puntos. Los datos de IT de cada Centro y de la Media de su grupo se encuentran disponibles en el Cuadro de mandos de la DGP.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	El grado de cumplimiento del objetivo se ha estratificado en: 100%, 50% y 0%, y la evaluación se realizará con carácter anual conforme a las reglas siguientes: El grado de cumplimiento del objetivo se ha estratificado en : 100%, 50% y 0%, y la evaluación se realizará con carácter anual conforme a las reglas siguientes: 1-Para Centros por debajo de la media de su grupo la IT de 2021: - 100% si disminuyen su IT en 2022 $\geq 0,4$ respecto a la media IT 2021 de su grupo. - 50% si su IT de 2022 se sitúa en el intervalo comprendido entre una disminución menor del 0,39 respecto a la media IT 2021 de su grupo y un incremento de 0,29 respecto a la media IT 2021 de su grupo. - 0% si su IT de 2022 supera $\geq 0,3$ la media IT 2021 de su grupo. 2. Para Centros por encima de la media IT 2021 de su grupo en < de 0,5 puntos: - 100% si su IT de 2022 disminuye $\geq 0,30$ respecto a su IT de 2021 - 50% si su IT de 2022 disminuye entre el 0,10-0,29 respecto a su IT de 2021 - 0% si su IT de 2022 disminuye menos del 0,10 respecto a su IT de IT 2021 3. Para Centros igual o por encima de la media IT 2021 de su grupo en > de 0,5 puntos:



	- 100% si su IT de 2022 disminuye $\geq 0,50$ respecto a su IT de 2021 - 50% si su IT de 2022 disminuye entre el 0,30-0,49 respecto a su IT de 2021 - 0% si su IT de 2022 disminuye menos del 0,30 respecto a su IT de 2021
--	--



2 PERSPECTIVA CIUDADANA

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1. LISTA DE ESPERA

2.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

2.1.1.1. Nº de pacientes pendientes con garantía de respuesta quirúrgica, que conservan la garantía, que superan el plazo establecido

OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente con garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserve dicha garantía
META	0
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Los centros que superen el 5% de intervenciones en situación de “transitoriamente no programables” serán incluidos en el plan de
MÉTODO DE EVALUACIÓN	0 pacientes fuera de plazo el último día del año: 100% de los puntos En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes: - Si el número de pacientes pendientes con garantía fuera de plazo el último día del año $\leq$ media del número de pacientes pendientes con garantía fuera de plazo el último día de los dos años anteriores: 30% de los puntos - Si el número de entradas totales (Indicaciones) del 2º semestre $\leq$ a la media del número de entradas del 2º semestre de los dos últimos años: 30% de los puntos

2.1.1.2. Nº de pacientes pendientes sin garantía de respuesta quirúrgica, o que la hayan perdido, que superan 365 días

OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente sin garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	



MÉTODO DE EVALUACIÓN	0 Pacientes > 365 días el último día del año: 100% de los puntos En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes: - Si el número de pacientes pendientes SIN garantía y con más de 365 días el último día del año $\leq$ media del número de pacientes pendientes SIN garantía y con más de 365 días el último día de los dos años anteriores: 25% de los puntos - Si el número de entradas totales (Indicaciones) del 2º semestre $\leq$ a la media del número de entradas del 2º semestre de los dos últimos años: 25% de los puntos
----------------------	--

2.1.1.3. % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados

OBJETIVO	El Hospital incrementará el % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente
META	$\geq 80\%$
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Para conocer el cálculo de este indicador, puede consultar dentro de la página de Infoweb el apartado: Accesibilidad / Quirúrgica / Priorización de Intervenciones en la pestaña Definiciones.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 80\%$: 100% de los puntos $< 80\%$: 0% de los puntos

2.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS

2.1.2.1. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos

OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades



MÉTODO DE EVALUACIÓN	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos En el resto de los casos se aplicarán los siguientes criterios: - Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día del año $\leq$ media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos - Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día del año $>$ media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día de los dos años anteriores:
----------------------	---

2.1.2.2. N° de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos

OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos En el resto de los casos se aplicarán los siguientes criterios: - Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH (Interconsultas Hospitalarias) el último día del año $\leq$ media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH (Interconsultas Hospitalarias) el último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos - Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH (Interconsultas Hospitalarias) el último día del año $>$ media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH (Interconsultas Hospitalarias) el último día de los dos años anteriores:

2.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

2.1.3.1. N° de pacientes pendientes de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta que superan 30 días para ser atendidos

OBJETIVO	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
META	0
CÁLCULO	-



PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación y PDI
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de pruebas diagnósticas garantizadas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos En el resto de los casos se aplicarán los siguientes criterios: - Si el número de solicitudes pendientes CON GARANTIA con demora superior a 30 días el último día del año $\leq$ media del número de solicitudes pendientes CON GARANTIA con demora superior a 30 días el último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos - Si el número de solicitudes pendientes CON GARANTIA con demora superior a 30 días el último día del año $>$ media del número de solicitudes pendientes CON GARANTIA con demora superior a 30 días el último día de los dos años anteriores: 0% de los puntos

2.1.3.2. % de solicitudes de Endoscopias Digestivas registradas en el día de su indicación o 3 días posteriores

OBJETIVO	Las solicitudes de esofagogastroduodenoscopias (EDA) y colonoscopías (EDB) deberán registrarse en citaweb el día de la
META	$\geq 85\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de endoscopias digestivas registradas cuya fecha de solicitud es } \leq 3 \text{ días respecto a la fecha de la consulta} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de endoscopias digestivas registradas}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	- 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
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 85\%$: 100% de los puntos $\leq 70\%$: 0% El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función



2.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

2.1.4.1. Tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas telefónicas

OBJETIVO	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas telefónicas
META	≤ 4 días
CÁLCULO	Demora media
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	- Para medir la demora se realizan dos valoraciones semanales para la tarea consulta telefónica y tipo de profesional “Médico de familia” - La demora se calcula como los días transcurridos desde la fecha en la que se realiza la valoración hasta la fecha del primer hueco libre descontando los fines de semana y festivos nacionales y autonómicos - Se excluyen las claves cuya demora es superior a 30 días, considerando estos casos atípicos - La extracción de datos se realiza para la tarea consulta telefónica - La demora de los consultorios auxiliares se descarta debido a que puede crear una demora “falsa” en los casos en que entre el día de la valoración y el día del primer hueco libre no haya actividad asistencial en ese centro
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 4 días: 100% de los puntos ≥ 5 días: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.1.4.2. Tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales (demanda clínica)

OBJETIVO	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales (demanda clínica)
META	≤ 3 días
CÁLCULO	Demora media
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	- Para medir la demora se realizan dos valoraciones semanales para la tarea consulta demanda clínica y tipo de profesional “Médico de familia” - La demora se calcula como los días transcurridos desde la fecha en la que se realiza la valoración hasta la fecha del primer hueco libre descontando los fines de semana y festivos nacionales y autonómicos - Se excluyen las claves cuya demora es superior a 30 días, considerando estos casos atípicos - La extracción de datos se realiza para la tarea consulta demanda clínica - La demora de los consultorios auxiliares se descarta debido a que puede crear una demora “falsa” en los casos en que entre el día de la



	valoración y el día del primer hueco libre no haya actividad asistencial en ese centro
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 3 días: 100% de los puntos ≥ 4 días: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.1.4.3. % de citas médicas y de enfermería asignadas a través de canales externos

OBJETIVO	Aumentar el % de citas médicas y de enfermería asignadas a través de canales externos
META	$\geq 75\%$
CÁLCULO	$(\text{Total de citas médicas y de enfermería asignadas por canales externos}) \times 100 / \text{Total de citas de médicas y de enfermería asignadas}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se consideran canales de acceso externo; Clic Salud + y Salud Responde, tanto en modo telefónico como en App. Las tareas incluidas son Demanda Clínica y Consulta Telefónica / Telemática ya que son las únicas con posibilidad de asignar citas a través de los canales externos
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 75\%$: 100% de los puntos $\leq 45\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.2. VISITAS DOMICILIARIAS Y CONSULTAS TELEMEDICINA

2.2.1. VISITAS A DOMICILIO

2.2.1.1. Nº de visitas médicas domiciliarias

OBJETIVO	Incrementar las visitas médicas domiciliarias programadas y a demanda diarias
META	≥ 2
CÁLCULO	Nº de visitas médicas domiciliarias programadas y a demanda mensual del Distrito / Jornadas mensuales médicas del Distrito
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	El cálculo de la media diaria de la actividad médica realizada en el Distrito puede consultarse en InfoWEB. Cuando el nivel de agregación es el Distrito se contabiliza para dicha media sólo aquellos profesionales que tienen de media de consultas realizadas del total de agendas entre 15 y 65



MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 2 : 100% de los puntos < 1 : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
----------------------	--

2.2.1.2. Nº de visitas de enfermería domiciliarias

OBJETIVO	Incrementar las visitas de enfermería domiciliarias programadas y a demanda diarias
META	≥ 3
CÁLCULO	Nº de visitas de enfermería domiciliarias programadas y a demanda mensual del Distrito / Jornadas mensuales de enfermería del Distrito
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	El cálculo de la media diaria de la actividad de enfermería realizada en el Distrito puede consultarse en InfoWEB. Cuando el nivel de agregación es el Distrito se contabiliza para dicha media sólo aquellos profesionales que tienen de media de consultas realizadas del total de agendas entre 15 y 65 Tampoco se contabilizarán las jornadas de aquellos profesionales que tengan una dedicación a vacunación Covid superior o igual al 70% de su actividad
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 3 : 100% de los puntos < 1 : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.2.2. CONSULTAS TELEMEDICINA

2.2.2.1. % de derivaciones a para su resolución mediante telemedicina vía Teleconsulta

OBJETIVO	Incrementar el % de derivaciones a AH para su resolución a través de telemedicina (vía Teleconsulta)
META	Distritos $\geq 30\%$ Hospitales $\geq 10\%$ AGS $\geq 20\%$
CÁLCULO	Primeras consultas de cualquier especialidad (*) procedentes de AP o de AH para su resolución mediante teleconsulta (**) X 100 / primeras consultas totales a las especialidades susceptibles de realizar teleconsulta (*) procedentes de AP o de AH
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de citación y Teleconsulta
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	(*) No se tendrán en cuentas las teleconsultas realizadas a las especialidades de; análisis clínico, bioquímica clínica, farmacología clínica, farmacia hospitalaria y anatomía patológica



	(**) No se tendrán en cuenta en el numerador las teleconsultas cuyo informe las considere “no tributarias”, entendidas como tales aquellas cuyo motivo de petición no esté incluido dentro de los motivos de teleconsulta acordados.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Distritos ≥ 30%: 100% de los puntos 0%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor Hospitales ≥ 10%: 100% de los puntos 0%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor Áreas de Gestión Sanitarias (AGS) ≥ 20%: 100% de los puntos 0%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

AREA ESTRATÉGICA: 2.3. ACCESIBILIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS

2.3.1.1. Ratio de concentrados de hematíes (CH) aptos/distribuidos

OBJETIVO	Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia
META	≥ 1,1
CÁLCULO	Número de CH aptos / Número de CH distribuidos a los hospitales públicos y privados
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 1,1: 100% de los puntos < 1: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.3.1.2. Tasa de plasmaféresis x 10.000 habitantes

OBJETIVO	Aumentar la tasa de donación de plasma X 10.000 h.
META	≥ 22 por 10.000 h.
CÁLCULO	Nº de donaciones de plasma X 10.000 / Nº de Habitantes
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER



UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 22 por 10.000 h.: 100% de los puntos $\leq 18\%$ por 10.000 h.: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.3.1.3. % de rendimiento de las colectas de los equipos móviles

OBJETIVO	Rentabilizar las salidas de los Equipos Móviles
META	$\geq 52\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de donaciones de sangre en equipos móviles} + (\text{n}^\circ \text{ de donaciones de plasma en equipos móviles} * 1,5) \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de colectas en el año}$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 52\%$: 100% de los puntos $\leq 48\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.3.1.4. % de incremento de donantes

OBJETIVO	Aumentar el número de donantes cada año
META	$\geq 105\%$
CÁLCULO	$\frac{\sum (\text{Donantes año actual} - \text{media de donantes dos años anteriores}) \times 100}{\sum (\text{media de donantes dos años anteriores})}$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 105\%$: 100% de los puntos $\leq 100\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

3.1.1.1. Índice de satisfacción de los/as residentes del Centro

OBJETIVO	Velar por la satisfacción de los/as residentes del centro.
META	$\geq 4,1$ puntos
CÁLCULO	Puntuación obtenida en el índice sintético de satisfacción de la anualidad formativa 2021-2022 (encuesta anual SSPA)
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	PortalEIR
UNIDAD INFORMANTE	Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud
ACLARACIONES	El índice sintético de satisfacción se obtendrá de la anualidad formativa 2021-2022 (encuesta anual SSPA) y podrá alcanzar un máximo de 5 puntos
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 4,1$ puntos: 100% de los puntos ≤ 1 : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.1.1.2. Grado de adherencia de los profesionales al Itinerario Formativo de Investigación

OBJETIVO	Incrementar el número de profesionales sanitarios del SAS que acceden al Itinerario Formativo de Investigación
META	Garantizar que al menos 1 profesional accede al Itinerario Formativo de Investigación
CÁLCULO	Número de profesionales sanitarios que acceden al programa formativo
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Gestión Sanitaria / Servicio de Asesoría Técnica
ACLARACIONES	El Itinerario Formativo de Investigación se regula mediante la Resolución de 7 de abril de 2020, conjunta de la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud y de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. BOJA Núm.75, de 21 de abril de 2020 El cumplimiento del objetivo se atribuirá al centro
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 1 : 100% puntos 0: 0% puntos

3.1.1.3. Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto

OBJETIVO	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto
META	Superar la media de los tres últimos años disponibles
CÁLCULO	Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria

Servicio Andaluz de Salud. CP 2022. Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC



FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq$ media de los tres últimos años disponibles: 100% de los puntos $\leq$ media de los tres últimos años disponibles / 2 : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.1.1.4. N° de publicaciones en revistas nacionales e internacionales

OBJETIVO	Incrementar el número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales
META	Superar el número de publicaciones del año anterior
CÁLCULO	Número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq$ año anterior : 100% de los puntos $\leq$ año anterior / 2 : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor El valor mínimo para que pueda ser evaluado este indicador debe ser 1

3.1.1.5 % de formación de cargos directivos para la elaboración de un plan de humanización

OBJETIVO	Capacitar a los cargos directivos, cargos intermedios y miembros de comisiones de humanización de los centros para elaborar un plan de humanización adaptado a su contexto local
META	$\geq 75\%$
CÁLCULO	Número de cargos directivos, intermedios y miembros de comisiones de humanización que realizan formación relacionada con la estrategia de humanización X 100 / número total de cargos directivos, intermedios y miembros de comisiones de humanización del centro
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Hospitales
FUENTE DE INFORMACIÓN	
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Formación, Selección y Desarrollo
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 75\%$: 100% de los puntos $< 20\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



3.1.1.6 % de actividades de formación con simulación y/o prácticas en el contexto real.

OBJETIVO	Incrementar el % de actividades de formación con simulación y/o prácticas en el contexto real
META	$\geq 25\%$
CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ actividades de formación con técnicas de simulación y/o contexto real}) \times 100 / N^{\circ} \text{ total de actividades de formación}$
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Hospitales
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe: "Modelo ACSA autoevaluación actividades" en GESFORMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Atención Sociosanitaria estrategias y planes
ACLARACIONES	El informe genera automáticamente el %. Los Centros pueden realizar continuamente el seguimiento. Además pueden con la planificación anual de su formación introducir mejoras metodológicas si hay previsión de desviación. Se extraerá el informe detallado de cada centro de GESFORMA con el % de actividades formativas que incluyen estas técnicas
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 25\%$: 100% de los puntos 0% : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

Todo indicador cuyo resultado dependa de los CMBD se considerará no alcanzado si el grado de codificación de los CMBD implicados en el cálculo del indicador es menor del 80%. Los SSCC remitirán los Registros CMBD de los numeradores y denominadores de los indicadores de la AHRQ (PQI, PSI, IQI).

4.1.1. HOSPITALIZACIÓN

4.1.1.1. Límite inferior del IC del Índice de utilización de las estancias hospitalarias

OBJETIVO	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida
META	Límite inferior del IC del IUE ≤ 1
CÁLCULO	IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado $IUE = EM \text{ observada} / EM \text{ esperada}$ EME (Estancia Media Esperada): Estancia media que tendría el hospital h (EM_h) si los GRD-APR de las altas CMBD válidas que ha generado hubieran tenido la estancia media del estándar $EM_{eh} = \sum (N_{ih} \times EM_{is}) / \sum (N_{ih})$ donde: i: GRD-APR i h: hospital h N_{ih}: número de altas en el GRD-APR i en el hospital h EM_{is}: estancia media del GRD-APR i en el estándar IC = Intervalo de confianza
PERIODICIDAD	Trimestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Los SSCC enviarán los Estándares trimestrales de los GDR-APR del conjunto de los hospitales para el cálculo de los IUE
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos > 1 : 0% de los puntos



4.1.1.2. % de reingresos

OBJETIVO	Disminuir los reingresos hospitalarios
META	$\leq 7,5\%$
CÁLCULO	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 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
PERIODICIDAD	Trimestral a partir del segundo trimestre
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 7,5\%$: 100% de los puntos $> 8,5\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.1.3. Estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados

OBJETIVO	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)
META	≤ 12 horas
CÁLCULO	Media en horas que transcurren entre el ingreso y el primer procedimiento quirúrgico mayor programado en los episodios con un ingreso programado
PERIODICIDAD O	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN



UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se computa únicamente para procedimientos mayores
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 12 horas: 100% de los puntos >= 15 horas: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.2. HOSPITAL DE DIA QUIRÚRGICO

4.1.2.1. % de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria

OBJETIVO	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)
META	>= 80%
CÁLCULO	Sumatorio de los grupos CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ X 100 / Sumatorio de los grupos CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ y Hospitalización
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Este indicador mide la relación entre la actividad desarrollada en CMA y el total de actividad susceptible de este tipo de cirugía que se lleva a cabo tanto en CMA como en hospitalización Grupos CMA: En el CMBD los procedimientos se codifican mediante los códigos de la CIE-10-ES Procedimientos. Su alto nivel de desagregación los hace poco útiles para trabajar con información resumida, por ello se utilizan dichos códigos agrupados en lo que denominamos Grupos CMA. Algunos de estos grupos CMA coinciden con grupos CCS tradicionales y otros, a los que hemos denominado GRP, han sido diseñados específicamente para los casos en que los grupos CCS no proporcionan una agrupación adecuada Unidad de medida. Para la explotación, cada uno de los procedimientos mayores que recoge un registro del CMBD se asigna a su correspondiente grupo CMA (CCS o GRP) Posteriormente, se contabilizan los grupos CMA diferentes que contiene cada registro. Se asume que, en cada episodio, los procedimientos incluidos en un mismo grupo CMA forman parte de la misma intervención, y que diferentes grupos CMA hacen referencia a distintas intervenciones, aunque se hayan llevado a cabo dentro de una misma programación quirúrgica Para el cálculo de este indicador se utilizarán los registros del CMBD de HDQ y de hospitalización que contienen al menos un código de entre los incluidos en el listado de procedimientos clasificados como CMA en el Manual de Instrucciones del CMBD del año en vigor
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 80%: 100% de los puntos <= 70%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor





4.1.3. HOSPITAL DE DIA MÉDICO

4.1.3.1. Índice de Ambulatorización

OBJETIVO	Incrementar el Índice de Ambulatorización
META	$\geq 0,2$
CÁLCULO	Sesiones en HDM / estancias médicas en hospitalización
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDM
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Mide el impacto global de HDM sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital En el numerador no se contabilizarán las Sesiones en HDM realizadas para pacientes hospitalizados Las estancias médicas corresponderán a los GDR-APR médicos Se contabilizarán como sesiones HDM las incluidas en el manual del CMBD del año en curso y declaradas a través del CMBD
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 0,2$: 100% de los puntos $\leq 0,15$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS

4.1.4.1. % de primeras consultas sobre el total de consultas

OBJETIVO	Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas
META	Hospitales nivel 1 $\geq 30\%$, Hospitales nivel 2, 3 y 4 $\geq 35\%$, hospitales nivel 5 $\geq 45\%$
CÁLCULO	(Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) X 100 / Total de consultas
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas) Este objetivo 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.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	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 ≤ 30: 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

4.1.5. URGENCIAS

4.1.5.1. % de urgencias no relacionadas con el embarazo correspondientes a retornos de menos de 72 horas

OBJETIVO	Disminuir los retornos a Urgencias en menos de 72 horas que no estén relacionados con el embarazo
META	≤ 10%
CÁLCULO	Urgencias (no relacionadas con el embarazo) en las que el paciente había sido atendido en las urgencias del mismo hospital en las 72 horas previas X 100 / total del urgencias atendidas (no relacionadas con el embarazo)
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 10%: 100% de los puntos ≥ 12%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.5.2. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación

OBJETIVO	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación
----------	---



META	<= 4 horas
CÁLCULO	Tiempo medio que transcurre desde que de los pacientes abandonan el área de admisión hasta que abandonan el área de urgencias no habiendo sido atendidos en el área de observación
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se incluyen todos los destinos de los pacientes al alta desde urgencias
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 4 horas: 100% de los puntos > 4 horas: 0% de los puntos

4.1.5.3. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación

OBJETIVO	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación
META	<= 12 horas
CÁLCULO	Tiempo medio que transcurre desde que de los pacientes abandonan el área de admisión hasta que abandonan el área de urgencias habiendo ocupado un sillón en el área de observación
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se incluyen todos los destinos de los pacientes al alta de urgencias
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 12 horas: 100% de los puntos > 12 horas: 0% de los puntos

4.1.5.4. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación

OBJETIVO	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación
META	<= 24 horas
CÁLCULO	Tiempo medio que transcurre desde que de los pacientes abandonan el área de admisión hasta que abandonan el área de urgencias habiendo ocupado una cama en el área de observación
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se incluyen todos los destinos de los pacientes al alta de urgencias
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 24 horas: 100% de los puntos > 24 horas: 0% de los puntos

4.1.5.5. % de pacientes que no superan el Tiempo de Espera para la 1ª consulta facultativa según nivel de triaje

OBJETIVO	Adecuar el tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa por nivel de prioridad en el triaje
----------	--



META	$\geq 90\%$
CÁLCULO	% de pacientes que no superan el Tiempo de Espera para la 1ª consulta facultativa según su nivel de prioridad del triaje
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	El tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa es el que transcurre desde que los pacientes abandonan el área de triaje hasta que son atendidos en la consulta médica. Se tendrán en cuenta los siguientes niveles de prioridad: P2: inferior a 15 minutos P3: inferior a 60 minutos P4: inferior a 100 minutos P5: inferior a 120 minutos Este indicador aplica a los pacientes atendidos por el personal de los Servicios de urgencias
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 90\%$: 100% de los puntos $\leq 80\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.6. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS

4.1.6.1. % de Concentrados de Hematíes (CH) aptos de donaciones de sangre útiles

OBJETIVO	Mejorar la obtención de CH aptos a partir de las donaciones de sangre útiles
META	$\geq 98\%$
CÁLCULO	$\text{Nº de CH aptos} \times 100 / \text{Nº de donaciones de sangre útiles}$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 98\%$: 100% de los puntos $\leq 97,5\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.6.2. % de Concentrados de Hematíes (CH) caducados

OBJETIVO	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de CH
META	$\leq 1,5\%$
CÁLCULO	$\text{Nº de CH caducados} \times 100 / \text{nº de CH aptos producidos}$
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	RAMTTC



FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 1,5\%$: 100% de los puntos $\geq 2,5\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4.1.6.3. % de incremento de la producción de tejido óseo

OBJETIVO	Incrementar la producción de tejido óseo
META	$\geq 105\%$
CÁLCULO	$\Sigma(\text{Tejido óseo producido año actual} - \text{media de tejido óseo producido los dos años anteriores}) \times 100 / \Sigma(\text{media de tejido óseo producido los dos años anteriores})$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 105\%$: 100% de los puntos $\leq 100\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.6.4. % de Donaciones de Sangre desechadas

OBJETIVO	Minimizar el porcentaje de donaciones de sangre total desechadas por bajo o por exceso de volumen
META	$\leq 1,25\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de unidades de sangre desechadas por bajo o por exceso de volumen} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de unidades de sangre donadas}$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 1,25\%$: 100% de los puntos $\geq 1,75\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.6.5. % de unidades de mezcla de plaquetas caducadas

OBJETIVO	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de mezcla de plaquetas
META	$\leq 7\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de mezcla de plaquetas caducadas} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de unidades de mezcla de plaquetas realizadas}$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 7\%$: 100% de los puntos $\geq 10\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4.1.6.6. Tasa de donación de médula ósea x 1.000.000 de habitantes

OBJETIVO	Obtener donantes de médula ósea tipados según el Plan Nacional de Donantes de Médula Ósea
META	≥ 200 por millón h.
CÁLCULO	N° de donantes de médula ósea X 1.000.000 / N° de habitantes
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 200 por millón h.: 100% de los puntos ≤ 100 por millón h.: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.1.6.7. Ratio unidades de plasma y CH transfundidos

OBJETIVO	Adecuar la utilización de plasma transfundido
META	≤ 10
CÁLCULO	N° de unidades de plasma transfundidas X 100 / n° de unidades de CH transfundidos
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 10 : 100% de los puntos ≥ 11 : 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor





ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2. CALIDAD ASISTENCIAL

4.2.1. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

4.2.1.1. Presión antibiótica

OBJETIVO	Disminuir la presión antibiótica
META	≤ 1
CÁLCULO	AP: [DDD total antibióticos J01 / 1000 TIS-día del Centro (interanual de los 12 últimos meses)] / [Promedio DDD total antibióticos J01 / 1000 TIS-día Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria (enero a diciembre 2021)] AH: [DDD total antibióticos J01 / 1000 estancias del Centro (interanual de los 12 últimos meses)] / (Promedio DDD total antibióticos J01 / [1000 estancias Hospitales (enero-diciembre 2021)])
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Indicador para AP: Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria Indicador para AH: Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Indicador para Atención Primaria: FARMA Indicador para Atención Intrahospitalaria: PIRASOA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	Para la evaluación del indicador se utilizara el interanual de Enero a Diciembre de 2022 Indicador para AP: Los cálculos se realizarán en función del tipo de Distrito (rurales-periurbanos y urbanos-metropolitanos) Indicador para AH: Los cálculos se realizarán en función del tipo de Hospital
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos $\geq 1,75$: 0% puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.1.2. % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares

OBJETIVO	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)
META	$\geq 60\%$
CÁLCULO	(DDD biosimilares dispensados en recetas X 100 / DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas)
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitarias
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	AGS: Incluye Recetas de atención primaria y atención hospitalaria Período: enero a diciembre 2022
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 60\%$: 100% de los puntos $< 60\%$ pero mayor que el año anterior: 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 10% al que tenga el valor más bajo $< 60\%$ y menor que el año anterior: 0% de los puntos



4.2.1.3. % de los medicamentos biológicos de adquisición hospitalaria que son biosimilares

OBJETIVO	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria)
META	$\geq 75\%$
CÁLCULO	$(\text{DDD Medicamentos biosimilares utilizados en el hospital} \times 100 / \text{DDD Medicamentos biológicos que tengan biosimilares utilizados en el hospital})$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitarias
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	Este indicador se refiere a medicamentos de adquisición hospitalaria Período: enero a diciembre 2022
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 75\%$: 100% de los puntos $< 75\%$ pero mayor que el año anterior: 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 10% al que tenga el valor más bajo $< 75\%$ y menor que el año anterior: 0% de los puntos

4.2.1.4. Ratio de prescripciones activas de los pacientes polimedicados

OBJETIVO	Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedicado
META	$\geq 10\%$
CÁLCULO	$(\text{Prescripciones activas por paciente el 31 de diciembre de 2021} - \text{prescripciones activas por paciente el 31 de diciembre de 2022}) \times 100 / \text{prescripciones activas por paciente el 31 de diciembre de 2021})$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	Se consideran solamente las prescripciones realizadas mediante receta electrónica Un paciente polimedicado es aquel que tiene 10 o más prescripciones activas de medicamentos con una duración de tratamiento superior o igual a 180 días
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 10\%$: 100% de los puntos $< 5\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4.2.1.5. % de revisión o modificación de potenciales problemas de seguridad notificados derivados de la prescripción en poblaciones diana)

OBJETIVO	Mejorar el uso de medicamentos en poblaciones diana interviniendo sobre los potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción
META	≥ 50%
CÁLCULO	(Potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción revisados y/o modificados en poblaciones diana X 100 / potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción notificados en poblaciones diana) (Indicador “población diana 1” X 0,50 + Indicador “población diana 2” X 0,50)
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	<u>Población diana 1:</u> Pacientes de 80 o más años en tratamiento con insulina y/o un antidiabético oral secretagogo (sulfonilureas y glinidas) y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos <u>Indicador población diana 1:</u> (Pacientes de 80 o más años, en tratamiento con insulina y/o un antidiabético oral secretagogo (sulfonilureas y glinidas) y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos, revisados) X 100 / Pacientes de 80 o más años, en tratamiento con insulina y/o un antidiabético oral secretagogo (sulfonilureas y glinidas) y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos, notificados) <u>Población diana 2:</u> Pacientes en los que se inicia en el mes algún tratamiento con opioides menores o mayores para dolor crónico no oncológico (DCNO) <u>Indicador población diana 2:</u> (Pacientes en los que se inicia en el mes algún tratamiento con opioides menores o mayores para DCNO y tengan cumplimentado el cuestionario de valoración de riesgo correspondiente de Diraya X 100/ Pacientes en los que se inicia en el mes algún tratamiento con opioides menores o mayores para DCNO) <u>Nota:</u> Opioides menores o mayores para DCNO exceptuando las prescripciones de tramadol y sus asociaciones cuya duración de tratamiento sea menor o igual 90 días <u>Ponderaciones para obtener el indicador compuesto:</u> El indicador 1 tendrá un peso del 50% del peso global del indicador compuesto El indicador 2 tendrá un peso del 50% del peso global del indicador compuesto Nota: si uno de los indicadores no procede, el otro indicador tendrá un peso del 100 Periodo: enero a diciembre 2022



MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 50\%$: 100% de los puntos 45 a $< 50\%$: 90% de los puntos 40 a $< 45\%$: 80% de los puntos 35 a $< 40\%$: 70% de los puntos 30 a $< 35\%$: 60% de los puntos 25 a $< 30\%$: 50% de los puntos 20 a $< 25\%$: 40% de los puntos 15 a $< 20\%$: 30% de los puntos 10 a $< 15\%$: 20% de los puntos 1 a $< 10\%$: 10% de los puntos $< 1\%$: 0% de los puntos
----------------------	--

4.2.1.6. % de prescripción por principio activo

OBJETIVO	Promover la prescripción por principio activo
META	$\geq 92\%$
CÁLCULO	(Número de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables X 100 / número total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables)
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	Periodo: enero a diciembre 2022
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 92\%$: 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



4.2.2. INDICADORES DE CALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. IQI

Las especificaciones técnicas de los indicadores de calidad de la AHRQ pueden encontrarse en <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

4.2.2.1. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, sin traslados IQI-32

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, sin traslados (IQI 32)
META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	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 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
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	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



4.2.2.2. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en la insuficiencia cardíaca IQI-16

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de mortalidad en la insuficiencia cardíaca (IQI 16)
META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	Tasa de mortalidad intrahospitalaria entre las altas de pacientes de 18 años o más con un código de insuficiencia cardíaca (IC) en el campo del diagnóstico principal. Se excluyen pacientes con destino al alta desconocidos, pacientes trasladados a 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 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
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	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



4.2.2.3. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo IQI-17

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo (IQI 17)
META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	Tasa de mortalidad intrahospitalaria entre las altas de pacientes de 18 años o más con un código de accidente cerebrovascular en el campo del diagnóstico principal Se excluyen pacientes con destino al alta desconocidos, pacientes trasladados a 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 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) - Tipo de accidente cerebrovascular: - Hemorragia intracerebral - Hemorragia subaracnoidea - Accidente cerebrovascular isquémico 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
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	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



4.2.2.4. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en la neumonía IQI-20

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de mortalidad en la neumonía (IQI 20)
META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	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
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	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



4.2.3. INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. PSI

Las especificaciones técnicas de los indicadores de calidad de la AHRQ pueden encontrarse en <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

4.2.3.1. Razon de Tasas de Mortalidad en GRDs de baja mortalidad PSI-02

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad (PSI 02)
META	≤ 1
CÁLCULO	Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad del centro en 2022 (enero-junio y enero diciembre) / Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad del SAS en 2021
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Muertes entre los casos identificados en el denominador Denominador: Altas de pacientes con 18 o más años o CDM 14 en GRD o MS-GRD con una tasa de mortalidad inferior al 0,5%. Si un GRD o MS-GRD se divide en “con complicaciones / sin complicaciones”, ambos deben tener una tasa de mortalidad inferior a la mencionada Se excluyen las altas: - con algún código diagnóstico de trauma, inmunosupresión o cáncer - con algún código de procedimiento relacionados con inmunosupresión - con “circunstancia al alta” desconocida, “sexo” desconocido, “edad” desconocida o “diagnóstico principal” desconocido - trasladados a otro hospital Los centros con bajo nivel de declaración de casos podrán ser incluidos en el plan de auditorías de la Inspección
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos > 1 : 0% de los puntos

4.2.3.2. Razón de Tasas de Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado PSI-18

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado (PSI 18)
META	≤ 1
CÁLCULO	Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado del centro 2022 (enero-junio y enero diciembre) / Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado del SAS en 2021
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Entre los casos del denominador, las altas con código de trauma obstétrico de 3er y 4º grado en cualquier campo diagnóstico Denominador: Todas las altas de parto vaginal con cualquier código de procedimiento de parto instrumentado



	Se excluyen altas con “sexo” desconocido, “edad” desconocida o “diagnóstico principal” desconocido
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos > 1 : 0% de los puntos

4.2.4. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL

4.2.4.1. % de pacientes con coronariografía y/o reperfusión en el SCACEST

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes con coronariografía y/o reperfusión en el SCACEST
META	Hospitales de nivel 1 $\geq 90\%$ Hospitales de nivel 2 $\geq 85\%$ Hospitales de nivel 3, 4 y 5 $\geq 55\%$
CÁLCULO	Episodios de pacientes con diagnóstico principal SCACEST y que hayan sido tratados con fibrinólisis y/o angioplastia y/o cateterismo y-o coronariografía cardíaca $\times 100$ / Episodios de pacientes con diagnóstico principal SCACEST
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Solo se tendrán en cuenta las angioplastias que hayan sido realizadas el mismo día del ingreso para lo cual es necesario que el hospital informe la fecha de realización de los procedimientos realizados en una sala especial de cara a su inclusión en CMBD Diagnóstico principal códigos SCACEST: I21.01, I21.02, I21.09, I21.11, I21.19, I21.21, I21.29, I21.3, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9 Códigos de procedimientos: 3E07317, 3E06317, 3E04317, 3E03317, 3E05317, 0270346, 027034Z, 0270356, 027035Z, 0270366, 027036Z, 0270376, 027037Z, 02703D6, 02703DZ, 02703E6, 02703EZ, 02703F6, 02703FZ, 02703G6, 02703GZ, 02703T6, 02703TZ, 02703Z6, 02703ZZ, 0271346, 027134Z, 0271356, 027135Z, 0271366, 027136Z, 0271376, 027137Z, 02713D6, 02713DZ, 02713E6, 02713EZ, 02713F6, 02713FZ, 02713G6, 02713GZ, 02713T6, 02713TZ, 02713Z6, 02713ZZ, 0272346, 027234Z, 0272356, 027235Z, 0272366, 027236Z, 0272376, 027237Z, 02723D6, 02723DZ, 02723E6, 02723EZ, 02723F6, 02723FZ, 02723G6, 02723GZ, 02723T6, 02723TZ, 02723Z6, 02723ZZ, 0273346, 027334Z, 0273356, 027335Z, 0273366, 027336Z, 0273376, 027337Z, 02733D6, 02733DZ, 02733E6, 02733EZ, 02733F6, 02733FZ, 02733G6, 02733GZ, 02733T6, 02733TZ, 02733Z6, 02733ZZ, 02C03Z6, 02C03ZZ, 02C13Z6, 02C13ZZ, 02C23Z6, 02C23ZZ, 02C33Z6, 02C33ZZ, 4A0239Z, 4A023N6, 4A023N7, 4A023N8, 4A0279Z, 4A027N6, 4A027N7, 4A027N8, 4A0289Z, 4A028N6, 4A028N7, 4A028N8, 4A03353, 4A0335C, 4A033B3, 4A033BC, 4A033BF, B2101ZZ, B2111ZZ, B2121ZZ, B2131ZZ, B2141ZZ, B2151ZZ, B2161ZZ, B2171ZZ, B2181ZZ, B21F1ZZ, X2C0361, X2C1361, X2C2361, X2C3361 Nota: También se contabilizarán aquellos casos con diagnóstico principal: SCACEST y diagnóstico secundario: Estado de posadministración de tPA (rtPA) en un centro sanitario distinto en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro sanitario actual (Z92.82)



MÉTODO DE EVALUACIÓN	Hospitales de nivel 1 $\geq 90\%$: 100% de los puntos $\leq 80\%$: 0% de los puntos Los resultados entre el 80 y el 90% se evaluarán mediante una función de valor Hospitales de nivel 2 $\geq 85\%$: 100% de los puntos $\leq 75\%$: 0% de los puntos Los resultados entre el 15 y el 20% se evaluarán mediante una función de valor Hospitales de nivel 3,4 y 5 $\geq 55\%$: 100% de los puntos $\leq 35\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
----------------------	---

4.2.4.2. % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante perfusión vascular mecánica o fibrinólisis

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante perfusión vascular mecánica o fibrinólisis
META	Hospitales de nivel 1 y 2 $\geq 20\%$ Hospitales de nivel 3, 4 y 5 $\geq 15\%$
CÁLCULO	Episodios con ictus isquémico como diagnóstico principal en los que se realiza una perfusión vascular mecánica o una fibrinólisis X 100 /episodios con ictus isquémico como diagnóstico principal
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Diagnóstico principal: Infarto cerebral (I63.*) Procedimientos: - Fibrinólisis: 3E03317, 3E04317, 3E05317, 3E06317, 3E03316, 3E04316, 3E05316, 3E06316 - Angioplastia, angioplastia con endoprótesis, trombectomía, embolectomía y endarterectomía de arterias cerebrales o precerebrales: 037G*, 037H*, 037J*, 037K*, 037L*, 037M*, 037N*, 037P*, 037Q*, 03CG*, 03CH*, 03CJ*, 03CK*, 03CL*, 03CM*, 03CN*, 03CP*, 03CQ*, X2AH336 y X2AJ336 Nota: También se contabilizarán aquellos casos con diagnóstico principal: Infarto cerebral (I63.*) y diagnóstico secundario: Estado de posadministración de tPA (rtPA) en un centro sanitario distinto en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro sanitario actual (Z92.82)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Hospitales de nivel 1 y 2 $\geq 20\%$: 100% de los puntos $\leq 15\%$: 0% de los puntos Los resultados entre el 15 y el 20% se evaluarán mediante una función de valor Hospitales de nivel 3, 4 y 5



	$\geq 15\%$: 100% de los puntos $\leq 6\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
--	--

4.2.4.3. % de cesáreas

OBJETIVO	Disminuir el % de cesáreas
META	$\leq 22\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de cesáreas} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de partos vaginales y cesáreas}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 22\%$: 100% de los puntos $\geq 25\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4.2.4.4. Densidad de incidencia anual de infección-colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas

OBJETIVO	Reducción de la densidad de incidencia (DI) anual de infección-colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EBPC)
META	Hospitales con DI de partida < 0,01: mantenerla o reducirla Hospitales con DI de partida entre 0,01 y 0,03: reducirla $\geq 10\%$ Hospitales con DI de partida entre 0,03 y 0,11: reducirla $\geq 30\%$ Hospitales con DI de partida $\geq 0,11$: reducirla $\geq 50\%$
CÁLCULO	Nº de pacientes con infección-colonización por EBPC X 1000 / total de días de estancias en el periodo de estudio
PERIODICIDAD	Trimestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	PIRASOA
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
ACLARACIONES	La reducción será proporcional a la situación de partida de la DI del centro en 2021 Observaciones: Solo se incluyen los resultados de los cultivos solicitados en <i>muestras clínicas</i> , no se incluyen los resultados de los cultivos solicitados en los estudios de <i>portadores</i> Periodo octubre de 2021 - septiembre de 2022
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Si cumplen el objetivo: 100% de los puntos Si no cumplen el objetivo: 0% de los puntos

4.2.4.5. % de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP)

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión
META	$\geq 60\%$
CÁLCULO	Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por presión X 100 / Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Estación Clínica de Cuidados (ECC)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Escalas a utilizar en la de Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión: - Adultos: Braden y/o EMINA - Pediatría: Braden Q - Neonatos: (Planta: NSRAS), (UCI: COMHON) Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 60\%$: 100% de los puntos $\leq 40\%$: 0% de los puntos Los valores entre el 40% Y 60% se evaluarán mediante una función de valor





4.2.4.6. % de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis

OBJETIVO	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis
META	$\geq 50\%$
CÁLCULO	Episodios con más de 24 h de ingreso con cuestionario realizado de retirada de Catéter Venoso X 100 / (75% de los episodios de más de 24 h al alta)
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Estación Clínica de Cuidados (ECC)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Población Diana: 75% de los episodios de más de 24 h al alta, ya que se estima que el 75% de los episodios que permanecen ingresados más de un día requieren uso de catéter venoso
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 50\%$: 100% de los puntos $\leq 25\%$: 0% de los puntos Los valores entre el 25% y 50% se evaluarán mediante una función de valor

4.2.4.7 % de gestión de riesgos e incidentes

OBJETIVO	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje
META	$\geq 70\%$
CÁLCULO	(Número de riesgos e incidentes analizados y resueltos y/o con acciones de mejora propuestas) X 100 / N° Total de riesgos e incidentes notificados
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Sistema de Notificación de Incidentes
UNIDAD INFORMANTE	Estrategia para la Seguridad del Paciente
ACLARACIONES	Fuentes de datos: - Sistema de Notificación Autonómico - Sistema de Notificación propio (solo hay 6): Estos centros deberán remitir un Informe semestral del Centro conteniendo el número de notificaciones realizadas, el número de incidentes analizados (resueltos y/o con acciones de mejora) y una relación de acciones de mejora implantadas tras el análisis
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 70\%$: 100% de los puntos $\geq 50\%$ y $<70\%$: 50% de los puntos $< 50\%$: 0% de los puntos

4.2.5. PREVENCIÓN EN AP

Las especificaciones técnicas de los indicadores de calidad de la AHRQ pueden encontrarse en <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

4.2.5.1. Limite inferior del IC de la Razón estandarizada de la tasa del indicador de la AHRQ PQI-91 (Compuesto Agudos)

OBJETIVO	Disminuir la Tasa del indicador preventivo de la AHRQ PQI 91 (Compuesto Agudos)
----------	---



META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	Tasa de ingresos causados por las condiciones agudas sensibles a los cuidados ambulatorios recogidas en los PQI 11 y 12, por cada 100.000 habitantes de 18 o más años del área (distrito) - Tasa de ingresos por neumonía bacteriana (PQI 11) - Tasa de ingresos por infección del tracto urinario (PQI 12)
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Benchmark: Medias regionales andaluzas
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos > 1 : 0% de los puntos

4.2.5.2. Límite inferior del IC de la Razón estandarizada de la tasa del indicador de la AHRQ PQI-92 (Compuesto Crónicos)

OBJETIVO	Disminuir la Tasa del indicador preventivo de la AHRQ PQI 92 (Compuesto Crónicos)
META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	Tasa de ingresos causados por las condiciones crónicas sensibles a los cuidados ambulatorios recogidas en los PQI 1, 3, 5, 7, 8, 14, 15, y 16, por cada 100.000 habitantes de 18 o más años del área (distrito) - Tasa de ingresos por complicaciones agudas de la diabetes (PQI 1) - Tasa de ingresos por complicaciones crónicas de la diabetes (PQI 3) - Tasa de ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma en adultos de 40 años o más (PQI 5) - Tasa de ingresos por hipertensión (PQI 7) - Tasa de ingresos por insuficiencia cardíaca (PQI 8) - Tasa de ingresos por diabetes descontrolada (PQI 14) - Tasa de ingresos por asma en adultos menores de 40 años (PQI 15) - Tasa de amputación de extremidad inferior en pacientes diabéticos (PQI 16)
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Benchmark: Medias regionales andaluzas
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos > 1 : 0% de los puntos

4.2.5.3. Límite inferior del IC de la Razón estandarizada de la tasa de ingresos por EPOC o asma en adultos de 40 años o más PQI-5

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de ingresos por EPOC o asma en adultos de 40 años o más (PQ5)
META	Límite inferior del IC de la RE ≤ 1
CÁLCULO	
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria



FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Benchmark: Medias regionales andaluzas
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 1: 100% de los puntos > 1: 0% de los puntos



4.2.5.4. % de cobertura de vacunación infantil

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación infantil en niños de 2 años según el PVA
META	$\geq 97\%$
CÁLCULO	Niños que cumplen 2 años en el periodo con el calendario vacunal completo $\times 100$ / niños que cumplen dos años en el periodo
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se calculará para los niños que hayan cumplido dos años en el periodo evaluado (desde el 1 de Enero al final del mes correspondiente) y que, al final de dicho periodo, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía Calendario: - 3 difteria, tétanos y tosferina (DTPa) - 3 Poliomielitis (VPI) - 3 Haemophilus influenzae tipo b (Hib) - 3 hepatitis B (HB) - 3 neumocócica invasora (VCN) - 1 Triple vírica (SRP) - 2 enfermedad meningocócica invasora por serogrupo C (Men C) - 1 varicela (VVZ)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 97\%$: 100% de los puntos $\leq 95\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.5.5. % de cobertura de vacunación infantil - Triple Vírica

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación de Triple Vírica en niños de 4 años
META	$\geq 97\%$
CÁLCULO	Nº de niños nacidos 4 años antes del periodo a evaluar que tienen administradas 2 dosis de la vacuna Triple Vírica incluidas en PVA $\times 100$ / Nº de niños nacidos cuatro años antes del periodo a evaluar
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 97\%$: 100% de los puntos $\leq 95\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.5.6. % de cobertura de vacunación antigripal en personas ≥ 65 años

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación antigripal en personas ≥ 65 años
META	$\geq 75\%$



CÁLCULO	% de cobertura de vacunación antigripal en personas ≥ 65 años en la campaña de vacunación de la gripe (Octubre 2022 - Marzo 2023)
PERIODICIDAD	Mensual. Periodo Octubre 2022 - Marzo 2023
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Personas de la población diana a las que se ha realizado la vacunación de la gripe dentro de la campaña Población diana (denominador): Las personas que al final del periodo evaluado (desde el 1 de octubre al final del mes correspondiente) tengan ≥ 65 años, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía La evaluación de la campaña será la correspondiente al periodo Octubre - Marzo
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 75\%$: 100% de los puntos $\leq 60\%$: 0% de los puntos Los resultados entre el 60 y el 75% se evaluarán mediante una función de valor

4.2.5.7. % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 71 años y/o Covid Grave

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 71 años y/o Covid Grave
META	$\geq 40\%$
CÁLCULO	% de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 71 años y/o Covid Grave
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Personas de la población diana a las que se ha realizado la vacunación del neumococo (Prevenar 13) en cualquier momento anterior a la fecha del fin de periodo Población diana (denominador): Las personas que al final del periodo evaluado (desde el 1 de Enero al final del mes correspondiente) tengan entre 60 y 71 años y/o hayan sido considerados como Covid-Graves, siendo estos aquellas personas que hayan sido hospitalizados con diagnóstico Covid, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 40\%$: 100% de los puntos $\leq 20\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.5.8. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama
----------	--



META	$\geq 95\%$
CÁLCULO	Mujeres citadas en el 2022 al programa de cribado X 100 / Mujeres susceptibles de ser invitadas en el 2022
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Nuevo aplicativo del programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Cribado cada dos años Numerador: Mujeres de la población diana a las que se ha asignado una cita para una mamografía de cribado para la detección precoz de cáncer de mama en el periodo Población diana (denominador): Mujeres nacidas entre 1953 y 1972 ambos incluidos, es decir que cumplan de 50 a 69 años durante 2022, y que al final del periodo estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía. Este denominador será proporcionado por el programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 95\%$: 100% de los puntos $\leq 90\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.5.9. % de mujeres con citología de cuello uterino

OBJETIVO	Incrementar el % de mujeres con citología de cuello uterino
META	$\geq 20\%$
CÁLCULO	% de mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una citología
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación (Consultas para la detección precoz de cáncer de cérvix)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Cribado oportunista. Citología cada tres años Numerador: Mujeres de la población diana a las que se ha realizado una citología en los 12 meses anteriores a la fecha de fin del periodo Población diana (denominador): Mujeres nacidas entre 1958 y 1997 ambos incluidos, es decir que cumplan de 25 a 64 años durante 2022, y que al final del periodo estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 20\%$: 100% de los puntos $\leq 10\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.5.10. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal
----------	--



META	= 100%
CÁLCULO	Personas citadas al cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal durante los años 2021 y 2022 X 100 / Población diana
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Sistema de información para la Detección Precoz del Cáncer Colorectal
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
ACLARACIONES	Cribado bienal Población diana (denominador): Personas nacidas entre 1953 y 1972 ambos incluidos, es decir que cumplan de 50 a 69 años durante 2022, y que al final del periodo estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía Este denominador será proporcionado por el Sistema de información para la Detección Precoz del Cáncer Colorectal
MÉTODO DE EVALUACIÓN	= 100%: 100% de los puntos <= 50%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.5.11. % de cobertura del cribado para la detección precoz de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo

OBJETIVO	Incrementar la cobertura del cribado de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo
META	>= 40%
CÁLCULO	Pacientes de la población diana con una retinografía finalizada en los dos años previos a la fecha de corte X 100 / Población diana
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD y programa de detección precoz de retinopatía diabética (PDPRD)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Pacientes de la población diana con una retinografía finalizada en los dos años previos a la fecha de fin del periodo evaluado Población diana (denominador): Pacientes que en la fecha de evaluación tengan prescrito un antidiabético oral o insulina, no estén inmovilizados, no tengan una retinopatía diagnosticada (*), estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía (*) Los pacientes con cualquier tipo de retinopatía incluida la degeneración macular quedan excluidos de este objetivo ya que no son susceptibles de detección precoz Se computarán las retinografías registradas como finalizadas en la aplicación de retinografías PDPRD
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 40%: 100% de los puntos <= 35%: 0% de los puntos



	El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
--	---

4.2.6. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

4.2.6.1. % de pacientes ≥ 65 años con valoraciones de la fragilidad funcional o cognitiva

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes ≥ 65 años con valoraciones de la fragilidad funcional o cognitiva
META	$\geq 35\%$
CÁLCULO	Personas ≥ 65 años con valoración Barthel o Pfeiffer X 100 / Población diana
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP) y BPS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Pacientes de la población diana con una valoración funcional o cognitiva en el periodo evaluado Población diana (denominador) : Pacientes que al final del periodo evaluado tengan ≥ 65 años, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 35\%$: 100% de los puntos $\leq 25\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.6.2. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un Plan de Acción Personalizado (PAP)

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) con un Plan de Acción Personalizado (PAP)
META	$\geq 20\%$
CÁLCULO	Nº de CCP a los que se les ha realizado o actualizado un Plan de Acción Personalizado (PAP) en el periodo evaluado X 100 / Población diana
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD y ClicSalud Asistencial
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	CCP: Personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC seleccionados entre los pacientes identificados como crónicos complejos Estos pacientes están identificados en la Historia de Salud Digital de AP (árbol azul claro) y también se proporcionarán a través de INFOWEB, donde se definirán los criterios de selección Numerador: Nº de CCP a los que se les ha realizado o actualizado un PAP en el periodo evaluado Población diana (denominador): Pacientes identificados como CCP



MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 20\%$: 100% de los puntos $\leq 10\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
----------------------	---

4.2.6.3. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP a los que se realiza seguimiento proactivo

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) con un PAP a los que se realiza seguimiento proactivo
META	$\geq 80\%$
CÁLCULO	$(\text{N}^\circ \text{ de CCP con PAP, realizado o actualizado en el periodo evaluado, a los que se realiza seguimiento proactivo presencial y/o telefónico en el periodo evaluado}) \times 100 / \text{Población diana}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP). Gestor de Informe, Hoja de Seguimiento Proactivo Crónico Complejo
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	CCP: Personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC seleccionados entre los pacientes identificados como crónicos complejos Estos pacientes están identificados en la Historia de Salud Digital de AP (árbol azul claro) y también se proporcionarán a través de INFOWEB, donde se definirán los criterios de selección Numerador: N° de CCP a los que se les ha realizado o actualizado un PAP en el periodo evaluado y al menos una hoja de seguimiento proactivo en el periodo evaluado Población diana (denominador): Pacientes identificados como CCP con un PAP realizado o actualizado en el periodo evaluado
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 80\%$: 100% de los puntos $< 50\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor Este indicador sólo se evaluará si en el Objetivo 4.2.6.2. se ha alcanzado un valor igual o superior al 15%

4.2.6.4. % de pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de úlceras por presión

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de Úlceras por Presión
META	$\geq 70\%$
CÁLCULO	$\text{Personas en cartera de servicios inmovilizados con valoración del riesgo de UPP (Escala Braden o Norton)} \times 100 / \text{Población diana}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Personas de la población diana con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión en Diraya realizado en el periodo evaluado



	Población diana (denominador) : Personas en la Cartera de Servicios Inmovilizado, activos en BDU y con residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 70\%$: 100% de los puntos $\leq 60\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.6.5. % de resolución de las consulta de acogida en los Centros de AP

OBJETIVO	Incrementar la resolución de las Consultas de Acogida en los centros de AP
META	$\geq 45\%$
CÁLCULO	Número de consultas de acogida resueltas (no derivadas) X 100 / Número total de consultas de acogida realizadas
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP). Consulta de Acogida
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Para poder puntuar el objetivo, el distrito debe tener implantada la consulta de acogida en el 100% de sus centros de salud El registro de consulta se obtendrá de la explotación del cuestionario incluido en el gestor de informes habilitado para la consulta de acogida
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 45\%$: 100% de los puntos $< 25\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.6.6. % de pacientes con valoración del riesgo cardiovascular

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes entre 40-64 años con hipertensión arterial, sin enfermedad vascular conocida, que tengan realizada la valoración del riesgo cardiovascular (test SCORE)
META	$\geq 75\%$
CÁLCULO	Nº de pacientes entre 40 y 64 años con hipertensión arterial, sin enfermedad vascular conocida, que tengan realizada la valoración de riesgo cardiovascular en los años 2021 y 2022 X 100 / Población diana
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Pacientes de la población diana con al menos un registro de valoración del riesgo cardiovascular (test SCORE) realizado en los dos últimos años Población diana (denominador): Personas que al final del periodo evaluado tengan entre 40 y 64 años, un diagnóstico de hipertensión arterial, ningún diagnóstico de enfermedad vascular (coronaria, cerebral o periférica), estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía. Se entenderá que una persona tiene un diagnóstico de enfermedad vascular (coronaria, cerebral o periférica) a aquella con alguna



	patología incluida en uno de los siguientes grupos BPS: - 0902 Enfermedad cerebrovascular mal definida y otra - 0904 Oclusión o estenosis arterias precerebrales - 0905 Secuela enfermedad cerebrovascular - 0906 Arteriopatía de extremidades - 0907 Arteriopatía intraabdominal - 0908 Aneurisma arterias aorta, periféricas y viscerales - 0909 Fibrilación auricular - 0910 Cardiopatía isquémica - 0911 Enfermedad valvular adquirida - 0914 Insuficiencia cardíaca Si una persona de la población diana inicial adquiere la enfermedad vascular tras una valoración del riesgo cardiovascular (test SCORE) no se elimina del denominador
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 75\%$: 100% de los puntos $< 50\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.6.7 % de teleconsultas para la coordinación de los pacientes crónicos complejos priorizados

OBJETIVO	Mejorar la coordinación interniveles de atención sanitaria a los pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) mediante teleconsultas
META	$\geq 60\%$
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de teleconsultas realizadas a los CCP por los profesionales de AH y procedentes de AP y se encuentren en estado finalizado}}{\text{consultas totales a los CCP procedentes de AP de las especialidades susceptibles de realizar teleconsulta}} \times 100$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Citación y Teleconsulta
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	CCP: Personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC seleccionados entre los pacientes identificados como crónicos complejos Estos pacientes están identificados en la Historia de Salud Digital de AP (árbol azul claro) y también se proporcionarán a través de INFOWEB, donde se definirán los criterios de selección Se consideran susceptibles de realizar teleconsultas todas las especialidades, excepto las siguientes; análisis clínico, bioquímica clínica, farmacología clínica, farmacia hospitalaria y anatomía patológica Numerador: Número de teleconsultas realizadas y en estado finalizado a los pacientes de la población diana Población diana (denominador): Pacientes identificados como CCP con los criterios arriba detallados



MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 60\%$: 100% de los puntos $< 40\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
----------------------	--

4.2.6.8. % de pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada

OBJETIVO	Incrementar del % de pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada ajustada por edad
META	$\geq 50\%$
CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ de pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes mellitus, cuya última cifra de HbA1 registrada sea } < 7\% \text{ para } \leq 75 \text{ años y } < 8,5\% \text{ para } > 75 \text{ años}) \times 100 / \text{Población diana}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de Pruebas Analíticas (MPA) y BPS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Pacientes de la población diana con una determinación de hemoglobina glicada, en el rango establecido, en MPA en el periodo evaluado Población diana (denominador): Pacientes que en el periodo evaluado tengan prescrito un antidiabético oral o insulina, sean mayores de 14 años, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 50\%$: 100% de los puntos $\leq 45\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.6.9. % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes fumadores con EPOC con intervención antitabáquica
META	$\geq 30\%$
CÁLCULO	$\text{Pacientes fumadores de 40 o más años con EPOC con una intervención antitabáquica grupal o individual} \times 100 / \text{Población diana}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP). Intervención Antitabáquica
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Pacientes de la población diana con una intervención antitabáquica grupal o individual registrada en gestor de informes y realizada en el periodo evaluado Población diana (denominador): Personas que al final del periodo evaluado sean fumadores de 40 o más años con EPOC, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía La Base Poblacional de Salud recogerá los pacientes fumadores registrados en la hoja de Hábitos de Diraya o con CIE de dependencia al tabaco



MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 30\%$: 100% de los puntos $\leq 10\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.7. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS

4.2.7.1. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Transfusión

OBJETIVO	Participación en las Comisiones Hospitalarias de Transfusión
META	= 100%
CÁLCULO	N° de comisiones en las que participan $\times 100 / \text{N}^\circ$ de comisiones convocadas
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	= 100%: 100% de los puntos $\leq 50\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.7.2. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Trasplantes

OBJETIVO	Participación en las comisiones hospitalarias de trasplantes
META	= 75%
CÁLCULO	N° de comisiones en las que participan $\times 100 / \text{N}^\circ$ de comisiones convocadas
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	= 75 %: 100% de los puntos $\leq 50\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4.2.8. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA RAMTTC

4.2.8.1. Tasa de notificaciones adversas transfusionales por 1.000 componentes transfundidos

OBJETIVO	La RAMTTC establecerá una política de registro, seguimiento y estudio de las reacciones adversas de la transfusión
META	$\geq 1,2\%$
CÁLCULO	$(\text{N}^{\circ} \text{ Reacciones adversas año actual}) \times 1000 / (\text{N}^{\circ} \text{ de unidades de hematíes} + \text{plasma} + \text{plaquetas transfundidas en el año actual})$
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Sistema de Hemovigilancia
UNIDAD INFORMANTE	RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 1,2\%$: 100% de los puntos $\leq 1\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor





SERVICIO ANDALUZ DE SALUD CONTRATO PROGRAMA 2022

**HOSPITALES,
DISTRITOS,
ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA
Y
RED ANDALUZA DE MEDICINA
TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CÉLULAS**