



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD CONTRATO PROGRAMA 2021

**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 2021.**

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 primer pilar es **el paciente**. Debe ser el centro de nuestra actuación y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.
- El segundo pilar, **los profesionales** como principal activo del sistema sanitario público andaluz.
- El tercer pilar es la mejora **del modelo de gestión**.
- Y el cuarto y último pilar, **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 expectativas 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.

Servicio Andaluz de Salud. CP 2021. Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC



Debido a las excepcionales circunstancias que han concurrido durante el 2020 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. La evaluación de los objetivos 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.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2021 y que, a continuación, se exponen:





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS DEL CENTRO	9
ANEXO: FICHAS DE LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2021.....	20
1 PERSPECTIVA ECONÓMICA.....	22
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS.....	22
1.1.1.1. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I.....	22
1.1.1.2. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas).....	22
1.1.1.3. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	23
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.2. COBROS A TERCEROS	23
1.2.1.1. % de liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago	23
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES.....	24
1.3.1.1. % de absentismo laboral de los profesionales.....	24
2 PERSPECTIVA CIUDADANIA	25
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1. LISTA DE ESPERA	25
2.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.....	25
2.1.1.1. Nº de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan el plazo establecido.....	25
2.1.1.2. Nº de pacientes pendientes de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan 365 días	26
2.1.1.3. % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados.....	26
2.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS.....	27
2.1.2.1. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos.....	27
2.1.2.2. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos.....	27
2.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	29
2.1.3.1. Nº de pacientes pendientes de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta que superan 30 días para ser atendidos	29
2.1.3.2. % de solicitudes de Endoscopias Digestivas registradas en el día de su indicación o 3 días posteriores	29
2.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	31
2.1.4.1. Tiempo de acceso del paciente a las consultas telefónicas médicas.....	31
2.1.4.2. % de citas telefónicas médicas disponibles a través de Salud Responde, app o ClicSalud+.....	31
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.2. VISITAS DOMICILIARIAS Y CONSULTAS TELEMEDICINA	32
2.2.1. VISITAS A DOMICILIO.....	32
2.2.1.1. Nº de visitas médicas domiciliarias.....	32
2.2.1.2. Nº de visitas de enfermería domiciliarias	32



2.2.2. CONSULTAS TELEMEDICINA	33
2.2.2.1. % de derivaciones a dermatología para su resolución mediante telemedicina	33
AREA ESTRATÉGICA: 2.3. ACCESIBILIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	33
2.3.1.1. Adecuar la producción de CH a la demanda	33
2.3.1.2. Adecuar la producción de tejido óseo a la demanda.....	34
2.3.1.3. Adecuar el rendimiento de colectas	34
2.3.1.4. Promover la Donación.....	34
3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO	35
ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	35
3.1.1.1. Cubrir las necesidades asistenciales de FEA	35
3.1.1.2. Grado de adherencia de los profesionales al Itinerario Formativo de Investigación	35
3.1.1.3. Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	36
3.1.1.4. Nº de publicaciones en revistas nacionales e internacionales	36
3.1.1.5. Nº de registros de la propiedad industrial intelectual.....	36
4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL	37
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA	37
4.1.1. HOSPITALIZACIÓN	37
4.1.1.1. Índice de utilización de las estancias hospitalarias.....	37
4.1.1.2. % de reingresos.....	38
4.1.1.3. Estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados	38
4.1.2. HOSPITAL DE DIA QUIRÚRGICO	39
4.1.2.1. Capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria	39
4.1.3. HOSPITAL DE DIA MÉDICO	40
4.1.3.1. Índice de Ambulatorización	40
4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS.....	41
4.1.4.1. % Primeras consultas sobre el total de consultas.....	41
4.1.5. URGENCIAS.....	42
4.1.5.1. % de retornos ingresados no relacionados con el embarazo a Urgencias en menos de 72 horas.....	42
4.1.5.2. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación.....	42
4.1.5.3. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación	42
4.1.5.4. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación	43
4.1.5.5. Tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa	43
4.1.6. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	44
4.1.6.1. Obtención de Concentrados de Hematíes (CH) aptos	44
4.1.6.2. Disminuir la caducidad de Concentrados de Hematíes (CH)	44
4.1.6.3. Mejorar la tasa de plasmaféresis	44
4.1.6.4. Disminuir las Donaciones de Sangre desechadas	45
4.1.6.5. Disminuir las unidades de mezcla de plaquetas caducadas	45
4.1.6.6. Donantes de Médula Ósea.....	45
4.1.6.7. Adecuar la utilización de plasma.....	46



ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2. CALIDAD ASISTENCIAL	46
4.2.1. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	46
4.2.1.1. Presión antibiótica global	46
4.2.1.2. % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares	47
4.2.1.3. % de los medicamentos biológicos de adquisición hospitalaria que son biosimilares	47
4.2.1.4. Revisar las prescripciones activas de los pacientes polimedicados	48
4.2.1.5. Seguridad en el uso de medicamentos en pacientes crónicos	48
4.2.1.6. Prescripción por principio activo	50
4.2.2. INDICADORES DE CALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. IQI	51
4.2.2.1. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, sin traslados IQI-32	51
4.2.2.2. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en la insuficiencia cardíaca IQI-16	52
4.2.2.3. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo IQI-17	53
4.2.2.4. Razón estandarizada de la tasa de mortalidad en la neumonía IQI-20	54
4.2.3. INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. PSI	55
4.2.3.1. Mortalidad en GRD de baja mortalidad PSI-02	55
4.2.3.2. Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado PSI-18	55
4.2.4. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL	56
4.2.4.1. % de pacientes con coronariografía y/o reperfusión en el SCACEST	56
4.2.4.2. % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante reperfusión vascular mecánica o fibrinólisis	57
4.2.4.3. % de cesáreas	57
4.2.4.4. Densidad de incidencia anual de infección-colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas	58
4.2.4.5. % de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP)	58
4.2.4.6. % de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis	59
4.2.5. PREVENCIÓN EN AP	59
4.2.5.1. Razón estandarizada de la tasa del indicador preventivo de la AHRQ PQI-91 (Compuesto Agudos)	59
4.2.5.2. Razón estandarizada de la tasa del indicador preventivo de la AHRQ PQI-92 (Compuesto Crónicos)	60
4.2.5.3. Razón estandarizada de la tasa de ingresos por EPOC o asma en adultos de 40 años o más PQI-5	60
4.2.5.4. % de cobertura de vacunación infantil	61
4.2.5.5. % de cobertura de vacunación infantil – Triple Vírica	61
4.2.5.6. % de cobertura de vacunación antigripal en personas \geq 65 años	62
4.2.5.7. % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 69 años y/o Covid Grave	62
4.2.5.8. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama	63
4.2.5.9. % de mujeres con citología de cuello uterino	63
4.2.5.10. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal	64
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	64
4.2.5.12. % de detección de pacientes con necesidades de cuidados paliativos	65
4.2.6. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	65
4.2.6.1. % de pacientes \geq 65 años con valoraciones de la fragilidad funcional o cognitiva	65
4.2.6.2. % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con un Plan de Acción Personalizado (PAP)	66
4.2.6.3. % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con seguimiento proactivo	66
4.2.6.4. % de pacientes inmovilizados con valoración del riesgo de úlceras por presión	67
4.2.6.5. Implantación de la consulta de acogida en los centros de salud de AP	67
4.2.6.6. % de pacientes hipertensos con adecuado control de cifras de tensión arterial	68
4.2.6.7. % de pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus con adecuado control de cifras de tensión arterial	68
4.2.6.8. % de pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada	69
4.2.6.9. % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica	69



4.2.7. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	70
4.2.7.1. Participación en las Comisiones de hospitalarias de Transfusión.....	70
4.2.7.2. Colaboración con los Coordinadores de Trasplantes Hospitalarios.....	70
4.2.8. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA RAMTTC	71
4.2.8.1. Hemovigilancia	71



OBJETIVOS DEL CENTRO

1 PERSPECTIVA ECONÓMICA	VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR				
	AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC	
1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS	90	90	90	90	X	X	X	1.1.1.1.	No superar el presupuesto asignado en capítulo I	<= 100%	60	45	45	45
					X	X	X	1.1.1.2.	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	<= 100%	30	20	20	45
						X		1.1.1.3.	El gasto en prestación farmacéutica, a través de recetas, expresado en PVP/TAFE, no superará la cantidad marcada en el objetivo	<= 100%		25	25	
1.2. COBROS A TERCEROS	5	5	5	5	X	X	X	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	X	X	X	1.3.1.1.	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales	< IT del año anterior	5	5	5	5



2 PERSPECTIVA CIUDADANIA		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				AH	AP	RAMTTC	OBJETIVO	META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAMTTC						AH	AP	AGS	RAMTTC	
2.1. LISTA DE ESPERA	2.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	50		40		X		2.1.1.1.	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido en su caso	0	15		10		
								2.1.1.2.	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica 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%	20		20		
	2.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS	20		10		X		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		X		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 citaweb el día solicitada o los 3 días siguientes	>= 85%	15		5		



	2.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA		40	15			X		2.1.4.1.	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas telefónicas médicas	<= 3 días		20	8		
									2.1.4.2.	Aumentar el % de citas telefónicas médicas disponibles a través de Salud Responde, app o ClicSalud+	>= 75%					20
2.2. VISITAS DOMICILIO Y CONSULTAS TELEMEDICINA	2.2.1. VISITAS A DOMICILIO		50	20			X		2.2.1.1.	Incrementar las visitas médicas domiciliarias programadas y a demanda diarias	>= 2		25	10		
									2.2.1.2.	Incrementar las visitas de enfermería domiciliarias programadas y a demanda diarias	>= 3					25
	2.2.2. CONSULTAS TELEMEDICINA			10	5			X		2.2.2.1.	Incrementar el % de derivaciones a consultas de dermatología desde AP para su resolución mediante telemedicina	>= 75%		10	5	
2.3. ACCESIBILIDAD RAMTTC					100			X		2.3.1.1	Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia	>= 1,1				35
										2.3.1.2	Incrementar la producción de tejido óseo	>= 105%				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	>= 110%				15



3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO	VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 10%						
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR				
	AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC	
3.1. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	30		100		X		X	3.1.1.1.	Dar cobertura a las necesidades asistenciales en las especialidades deficitarias	100%	30		20	
	30	50		50	X	X	X	3.1.1.2.	Incrementar el número de profesionales sanitarios del SAS que acceden al Itinerario Formativo de Investigación	>= 1	30	50	30	50
	20				X			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	
		50		50		X	X	3.1.1.4.	Incrementar el número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales	>= año anterior		50	30	50
	20				X			3.1.1.5.	Incrementar el número de registros de la propiedad industrial intelectual	>= media de los tres últimos años disponibles	20		5	



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC	
4.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA	4.1.1. HOSPITALIZACIÓN	20		10		X			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		X			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		X			4.1.3.1. Incrementar el Índice de Ambulatorización	>= 0,2	5			2,5	
	4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS	10		5		X			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		X			4.1.5.1. Disminuir los retornos a Urgencias en menos de 72 horas ingresados que no estén relacionados con el embarazo	<= 10%	2			1	
									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

Servicio Andaluz de Salud. CP 2021. Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%										
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR									
	AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC						
4.1.6. RAMTTC	50							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						
								X	4.1.6.1.	Mejorar la obtención de CH aptos a partir de las donaciones de sangre útiles	>= 98%								10
								X	4.1.6.2.	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de CH	<= 1,5%								5
								X	4.1.6.3.	Aumentar la tasa de donación de plasma	>= 22 por 10.000 h.								10
								X	4.1.6.4.	Minimizar el porcentaje de donaciones de sangre total desechadas por bajo o por exceso de volumen	<= 1,25%								7,5
								X	4.1.6.5.	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de Mezcla de Plaquetas	<= 7%								7,5
								X	4.1.6.6.	Obtener donantes de médula ósea tipados, según el Plan Nacional de Donantes de Médula Ósea	>= 200 por millón h.								5
X	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	X			X	4.2.1.1.	Disminuir la presión antibiótica global	<= 1	2	4	3					
								X	4.2.1.2.	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)	>= 50%	2	4	3					
									4.2.1.3.	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria)	>= 50%	2		2					
								X	4.2.1.4.	Revisar las prescripciones de los pacientes polimedcados con ≥ 15 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamiento superior o igual a 180 días	>= 90%	2	4	2					



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR					
	AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC		
						X		4.2.1.5.	Mejorar el uso de medicamentos en pacientes crónicos interviniendo sobre los potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción	>= 50%	2	4	4		
						X		4.2.1.6.	Promover la prescripción por principio activo	>= 92%	2	4	2		
4.2.2. INDICADORES DE CALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS DE LA AHRQ. IQI	12		6		X			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		
								4.2.2.2.	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		X			4.2.3.1.	Disminuir la tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad (PSI 02)	<= que la tasa Andaluza 2020	2		1		
								4.2.3.2.	Disminuir la tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado (PSI 18)	<= que la tasa Andaluza 2020	2		1		
4.2.4. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN	12		6		X			4.2.4.1.	Incrementar el % de pacientes con coronariografía y/o perfusión en el SCACEST	Hospitales de nivel 1 >= 90% Hospitales de nivel 2 >= 85%	3		1,5		



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%					
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR			
		AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC
PACIENTES EN EL HOSPITAL										Hospitales de nivel 3,4 y 5 >= 55%				
	4.2.4.2.								Incrementar el % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante reperfusión vascular mecánica o fibrinólisis	Hospitales de nivel 1 y 2 >= 20% Hospitales de nivel 3, 4 y 5 >= 15%	3		1,5	
	4.2.4.3.								Disminuir el % de cesáreas	<= 22%	3		1,5	
	4.2.4.4.								Reducción de la densidad de incidencia (DI) anual de infección-colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EBPC)	DI de partida: < 0,01: mantenerla o reducirla Entre 0,01 y 0,03: reducirla >= 10% Entre 0,03 y 0,11: reducirla >= 30% >= 0,11: reducirla >= 50%	2		1	



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%								
ÁREA ESTRATÉGICA	100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR							
	AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC				
								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.	Implantación del Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis	>= 60%	0,5			0,25			
	4.2.5. PREVENCIÓN EN AP		51	25,5			X	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		5		3			
								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%		4		2			
								4.2.5.5.	Incrementar el % de cobertura de vacunación de Triple Vírica en niños de 4 años	>= 97%		3		1			
								4.2.5.6.	Incrementar el % de cobertura de vacunación antigripal en personas >= 65 años	>= 75%		4		2			



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC	
4.2.6. OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA									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%		4	2	
									4.2.5.9.	Incrementar el % de mujeres con citología de cuello uterino	>= 20%		4	2	
									4.2.5.10.	Incrementar el % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal	100%		4	2	
									4.2.5.11.	Incrementar el % de cobertura de cribado para la detección precoz de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo	>= 40%		4	2	
									4.2.5.12.	Incrementar el % de detección de pacientes con necesidades de cuidados paliativos	>= 10%		7	3,5	
		29	14,5					X		4.2.6.1.	Incrementar el % de pacientes >= 65 años con valoraciones de la fragilidad funcional y cognitiva	>= 35%		3	1,5
	4.2.6.2.									Incrementar el % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con un Plan de Acción Personalizado (PAP)	>= 10%		5	2,5	
	4.2.6.3.									Incrementar el % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con seguimiento proactivo	>= 10%		3	1,5	
	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.									Implantar la Consulta de Acogida en los centros de salud de AP	>= 50%		3	1,5	
	4.2.6.6.									Incrementar el % de pacientes con hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controladas	>= 15%		3	1,5	
4.2.6.7.	Incrementar el % de pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus y cifras de tensión arterial controladas	>= 20%		3	1,5										



4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL		VALOR ÁREA				ÁMBITO			VALORACIÓN PERSPECTIVA: 30%						
ÁREA ESTRATÉGICA		100% SOBRE				AH	AP	RAM TTC	OBJETIVO	META	VALOR				
		AH	AP	AGS	RAM TTC						AH	AP	AGS	RAM TTC	
4.2.7. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RAMTTC									4.2.6.8.	Incrementar del % de pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada ajustada por edad	>= 50%		3	1,5	
									4.2.6.9.	Incrementar el % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica	>= 10%		3	1,5	
				33			X	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	100%					16,5
4.2.8. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA RAMTTC				17			X	4.2.8.1.	La Red de MTTC establecerá una política de registro, seguimiento y estudio de las reacciones adversas de la transfusion	>= 1,5%					17



ANEXO: FICHAS DE LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2021





Nota: En general, los objetivos que se muestran a continuación se calcularán al final de cada periodo (desde el 1 de Enero al final del mes correspondiente), si bien, algunos indicadores como los de vacunación antigripal 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	<= 100%
CÁLCULO	Desviación porcentual del gasto en Capítulo I del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en Contrato Programa
SEGUIMIENTO	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	<= 100%: 100% de los puntos > 100%: Cada punto porcentual de desviación se traducirá una pérdida 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	<= 100%
CÁLCULO	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo
SEGUIMIENTO	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	<= 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	El gasto en prestación farmacéutica, a través de recetas, expresado en PVP/TAFE, no superará la cantidad marcada en el objetivo
META	<= 100%
CÁLCULO	(Importe a PVP de Farmacia a través de recetas, excluyendo determinados medicamentos / TAFE) / (PVP/TAFE objetivo)
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	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 2021 TAFE: Nº total de tarjetas ajustadas en función del consumo de farmacia por edad, tipo de aportación y sexo Se exceptuarán los medicamentos calificados como de diagnóstico hospitalario, los antiepilépticos (excepto gabapentina, pregabalina y carbamazepina) y los antineoplásicos hormonales (L02, según la clasificación ATC)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 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	>= 100%
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	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	>= 100%: 100% de los puntos < 100% y mayor de la media del % de liquidación de los centros: 50% de los puntos < 100% y menor de la media del % de liquidación 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 / Días de contrato de los profesionales en el periodo X 100
SEGUIMIENTO	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	<p>Se ha establecido el objetivo para los distintos grupos que son los tipos de centro: Hospitales, AGS, DSAP, CTTC</p> <p>Dentro de cada grupo, los centros se han clasificado en tres niveles según el resultado obtenido en este indicador en 2020, que suponen distintos puntos de partida:</p> <ol style="list-style-type: none"> Centros por debajo de la media IT 2020 de su grupo Centros por encima de la media IT 2020 de su grupo en < de 0,5 puntos Centros por encima de la media IT 2020 de su grupo en >= de 0,5 puntos <p>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</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>El grado de cumplimiento del objetivo se ha estratificado en : 100%, 50% y 0%, y la evaluación se realizará conforme a las reglas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Para Centros por debajo de la media de su grupo la IT de 2020: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 100% si disminuyen su IT en 2021 $\geq 0,4$ respecto a la media IT 2020 de su grupo. <input type="checkbox"/> 50% si su IT de 2021 se sitúa en el intervalo comprendido entre una disminución menor del 0,39 respecto a la media IT 2020 de su grupo y un incremento de 0,29 respecto a la media IT 2020 de su grupo. <input type="checkbox"/> 0% si su IT de 2021 supera $\geq 0,3$ la media IT 2020 de su grupo. Para Centros por encima de la media IT 2020 de su grupo en < de 0,5 puntos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 100% si su IT de 2021 disminuye $\geq 0,30$ respecto a su IT de 2020 <input type="checkbox"/> 50% si su IT de 2021 disminuye entre el 0,10-0,29 respecto a su IT de 2020. <input type="checkbox"/> 0% si su IT de 2021 disminuye menos del 0,10 respecto a su IT de IT 2020. Para Centros igual o por encima de la media IT 2020 de su grupo en \geq de 0,5 puntos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 100% si su IT de 2021 disminuye $\geq 0,50$ respecto a su IT de 2020. <input type="checkbox"/> 50% si su IT de 2021 disminuye entre el 0,30-0,49 respecto a su IT de 2020. <input type="checkbox"/> 0% si su IT de 2021 disminuye menos del 0,30 respecto a su IT de 2020.



2 PERSPECTIVA CIUDADANIA

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1. LISTA DE ESPERA

2.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

2.1.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

2.1.1.1.1. Nº de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan el plazo establecido

OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido en su caso
META	0
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	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 auditorías de la Inspección
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 procedimientos garantizados fuera de plazo el último día del año \leq media del número de pacientes pendientes con procedimientos garantizados 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 de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan 365 días

OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo de 365 días
META	0
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	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 con procedimientos No garantizados y con más de 365 días el último día del año \leq media del número de pacientes pendientes con procedimientos No garantizados 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	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
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 ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	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 aplicará el siguiente criterio: - 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: 0% de los puntos

2.1.2.2. Nº 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 ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	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	<p>0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos</p> <p>En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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: 0% de los puntos
----------------------	--



2.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

2.1.3.1. Nº 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	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
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 aplicará el siguiente criterio: - 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 solicitada o los 3 días siguientes
META	$\geq 85\%$
CÁLCULO	N° de endoscopias digestivas registradas cuya fecha de solicitud es ≤ 3 días respecto a la fecha de la consulta / N° total de endoscopias digestivas registradas *100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
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 de valor





2.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

OBJETIVO	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas telefónicas médicas
META	<= 3 días
CÁLCULO	Demora media
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Para medir la demora se realizan dos valoraciones semanales - 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	<= 3 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. % de citas telefónicas médicas disponibles a través de Salud Responde, app o ClicSalud+

OBJETIVO	Aumentar el % de citas telefónicas médicas disponibles a través de Salud Responde, app o ClicSalud+
META	>= 75%
CÁLCULO	Total de citas médicas telefónicas disponibles a través de Salud Responde, app o ClicSalud+ / Total de citas médicas telefónicas no ocupadas en agenda
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se consideran citas telefónicas médicas disponibles a través de Salud Responde, app o ClicSalud+ las que el paciente puede reservar inmediatamente a través de estos medios
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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



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
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
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
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
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
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≥ 3 días: 100% de los puntos < 1 días: 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 dermatología para su resolución mediante telemedicina

OBJETIVO	Incrementar el % de derivaciones a consultas de dermatología desde AP para su resolución mediante telemedicina
META	$\geq 75\%$
CÁLCULO	Consultas de dermatología procedentes de AP para su resolución mediante telemedicina / consultas totales de dermatología procedentes de AP X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se valorará mediante la aplicación de Telemedicina
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

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

2.3.1.1. Adecuar la producción de CH a la demanda

OBJETIVO	Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia
META	$\geq 1,1$
CÁLCULO	Número de CH aptos / Número de CH distribuidos a los hospitales públicos y privados
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 1,1$: 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. Adecuar la producción de tejido óseo a la demanda

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

2.3.1.3. Adecuar el rendimiento de colectas

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

2.3.1.4. Promover la Donación

OBJETIVO	Aumentar el número de donantes cada año
META	>= 110%
CÁLCULO	$\frac{\sum(\text{Donantes año actual} - \text{media de donantes dos años anteriores})}{\sum(\text{media de donantes dos años anteriores})} \times 100$
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 110%: 100% de los puntos <= 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. Cubrir las necesidades asistenciales de FEA

OBJETIVO	Dar cobertura a las necesidades asistenciales en las especialidades deficitarias
META	Alcanzar el 100% de coberturas en las especialidades deficitarias
CÁLCULO	Especialidades deficitarias cubiertas / total especialidades deficitarias X 100
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Acuerdos provinciales y actas de seguimiento
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Personal. Centro provincial de referencia.
ACLARACIONES	Cada centro de la provincia, salvo los hospitales de referencia provinciales, determinarán las especialidades deficitarias para que los hospitales de referencia provinciales le den cobertura. Enviarán solicitud a la DGP antes de 30/4/2021, quien junto a la DGAS y la DP citarán a los hospitales de referencia provinciales y negociarán la cobertura a realizar y los efectivos a autorizar en su caso. Una vez establecido el acuerdo para cada provincia se remitirá a todos los centros de la misma. La DGAS determinará el centro responsable del seguimiento de dicho acuerdo en cada provincia Se valorará la consecución del objetivo a nivel provincial y la misma evaluación se aplicará a todos los centros de la provincia
MÉTODO DE EVALUACIÓN	El grado de cumplimiento del objetivo se ha estratificado en: 100%,80%, 60% y 0%, y la evaluación se realizará conforme a las reglas siguientes: 0 %: Un nivel de consecución de entre 0 y 30% 60 %: Un nivel de consecución de entre 31% y 60% 80 %: Un nivel de consecución de entre 61% y 80% 100 %: Un nivel de consecución superior al 80%

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
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Dirección General de Personal / EASP
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Personal
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
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= media de los tres últimos años disponibles: 100% de los puntos <= 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. Nº 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
SEGUIMIENTO	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	>= año anterior : 100% de los puntos <= 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. Nº de registros de la propiedad industrial intelectual

OBJETIVO	Incrementar el número de registros de la propiedad industrial intelectual
META	Superar la media de los tres últimos años disponibles
CÁLCULO	Número de registros de la propiedad industrial intelectual
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Investiga+
UNIDAD INFORMANTE	Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= media de los tres últimos años disponibles: 100% de los puntos <= 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 El valor mínimo para que pueda ser evaluado este indicador debe ser >=1



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 enviarán 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. 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	<p>IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado $IUE = EM \text{ observada} / EM \text{ esperada}$</p> <p>EME (Estancia Media Esperada): Estancia media que tendría el hospital h (EMeh) si los GRD-APR de las altas CMBD válidas que ha generado hubieran tenido la estancia media del estándar $EME_h = \frac{\sum(N_{ih} \times EM_{is})}{\sum(N_{ih})}$</p> <p>donde: i: GRD-APR i h: hospital h Nih: número de altas en el GRD-APR i en el hospital h EMis: estancia media del GRD-APR i en el estándar</p> <p>IC = Intervalo de confianza</p>
SEGUIMIENTO	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	Si el límite inferior del IC del IUE ≤ 1 : 100% de los puntos Si el límite inferior del IC del IUE > 1 : 0% de los puntos



4.1.1.2. % de reingresos

OBJETIVO	Disminuir los reingresos hospitalarios
META	<= 7,5%
CÁLCULO	<p>Episodio índice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodios con tipo de alta distinto de exitus - Episodios con fecha de alta de enero a mayo, enero a agosto o enero a noviembre según el periodo a evaluar <p>Reingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 21 Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos - 22 Quemaduras - 25 Trauma múltiple significativo <p>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</p> <p>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</p>
SEGUIMIENTO	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	<p><= 7,5%: 100% de los puntos</p> <p>>= 8,5%: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

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
SEGUIMIENTO	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	<p><= 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</p>
----------------------	--

4.1.2. HOSPITAL DE DIA QUIRÚRGICO

4.1.2.1. Capacidad 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 / Sumatorio de los grupos CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ y Hospitalización
SEGUIMIENTO	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	<p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 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</p>



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
SEGUIMIENTO	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	<p>Mide el impacto global de HDM sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital</p> <p>En el numerador no se contabilizarán las Sesiones en HDM realizadas para pacientes hospitalizados</p> <p>Las estancias médicas corresponderán a los GDR-APR médicos</p> <p>Se contabilizarán como sesiones HDM las incluidas en el manual del CMBD del año en curso y declaradas a través del CMBD</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>$\geq 0,2$: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 0,15$: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>



4.1.4. CONSULTAS EXTERNAS

4.1.4.1. % Primeras consultas sobre el total de consultas

OBJETIVO	Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas
META	Hospitales nivel 1 >= 30%, Hospitales nivel 2, 3 y 4 >= 35%, hospitales nivel 5 >= 45%
CÁLCULO	(Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) / Total de consultas X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	InfoWEB
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas)</p> <p>Este objetivo se utilizará como un indicador indirecto para valorar el porcentaje de consultas de acto único. Se excluyen las consultas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Hospitales de nivel 1 >= 30%: 100% de los puntos <= 25: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p> <p>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</p> <p>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</p>



4.1.5. URGENCIAS

4.1.5.1. % de retornos ingresados no relacionados con el embarazo a Urgencias en menos de 72 horas

OBJETIVO	Disminuir los retornos a Urgencias en menos de 72 horas ingresados que no estén relacionados con el embarazo
META	$\leq 10\%$
CÁLCULO	Porcentaje de las urgencias ingresadas (no relacionadas con el embarazo) en las que el paciente había sido atendido en las urgencias del mismo hospital en las 72 horas previas
SEGUIMIENTO	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	$\leq 10\%$: 100% de los puntos $\geq 12\%$: 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
SEGUIMIENTO	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
SEGUIMIENTO	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
SEGUIMIENTO	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. Tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa

OBJETIVO	Adecuar el tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa por nivel de prioridad en el triaje
META	>= 90%
CÁLCULO	% de pacientes que no superan el Tiempo de Espera para la 1ª consulta facultativa según su nivel de prioridad del triaje
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>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:</p> <p>P2: inferior a 15 minutos P3: inferior a 60 minutos P4: inferior a 100 minutos P5: inferior a 120 minutos</p> <p>Este indicador aplica a los pacientes atendidos por el personal de los Servicios de urgencias</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 90%: 100% de los puntos <= 80%: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>



4.1.6. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS

4.1.6.1. Obtención de Concentrados de Hematíes (CH) aptos

OBJETIVO	Mejorar la obtención de CH aptos a partir de las donaciones de sangre útiles
META	$\geq 98\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de CH útiles} / \text{N}^\circ \text{ de donaciones de sangre útiles} \times 100$
SEGUIMIENTO	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. Disminuir la caducidad de Concentrados de Hematíes (CH)

OBJETIVO	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de CH
META	$\leq 1,5\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de CH caducados} / \text{n}^\circ \text{ de CH aptos producidos} \times 100$
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. Mejorar la tasa de plasmaféresis

OBJETIVO	Aumentar la tasa de donación de plasma
META	≥ 22 por 10.000 h.
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de donaciones de plasma} \times 10.000 / \text{N}^\circ \text{ de Habitantes}$
SEGUIMIENTO	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



4.1.6.4. Disminuir las 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	N° de unidades de sangre desechadas por bajo o por exceso de volumen / n° de unidades de sangre donadas X 100
SEGUIMIENTO	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. Disminuir las unidades de mezcla de plaquetas caducadas

OBJETIVO	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de mezcla de plaquetas
META	$\leq 7\%$
CÁLCULO	N° de mezcla de plaquetas caducadas X 100/ n° de unidades de mezcla de plaquetas realizadas
SEGUIMIENTO	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. Donantes de Médula Ósea

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
SEGUIMIENTO	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. Adecuar la utilización de plasma

OBJETIVO	Adecuar la utilización de plasma transfundido
META	≤ 10
CÁLCULO	Nº de unidades de plasma transfundidas / nº de unidades de CH transfundidos X 100
SEGUIMIENTO	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 global

OBJETIVO	Disminuir la presión antibiótica global
META	≤ 1
CÁLCULO	AP: (DDD total antimicrobianos recogidos en el programa PIRASOA /1000 TIS del centro en 12 meses (enero a diciembre 2021)) / Promedio Distritos Andalucía en el mismo período del año previo (enero a diciembre 2020) Se estratificarán los resultados según estructura Urbanos-Metropolitanos y Rurales-Periurbanos AH: (DDD total antimicrobianos recogidos en el programa PIRASOA /1000 estancias del centro en 12 meses (octubre 2020 a septiembre 2021)) / Promedio Andalucía Hospitales del mismo nivel para el mismo período del año previo (octubre 2019 a septiembre 2020) Se estratificarán los resultados según el nivel de complejidad (I,II,III,IV) de los centros
SEGUIMIENTO	AP: Acumulado interanual. Periodo enero a diciembre de 2021, frente a periodo anterior AH: Acumulado interanual. Periodo octubre 2020 a septiembre de 2021, frente a periodo anterior
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitarias
FUENTE DE INFORMACIÓN	PIRASOA
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y resultados en Salud
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 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



4.2.1.2. % 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	>= 50%
CÁLCULO	(DDD biosimilares dispensados en recetas / DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas) X 100
SEGUIMIENTO	Mensual acumulado del período (enero a diciembre 2021)
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
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 50%: 100% de los puntos < 50%: 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

4.2.1.3. % 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	>= 50%
CÁLCULO	(DDD Medicamentos biosimilares utilizados en el hospital / DDD Medicamentos biológicos que tengan biosimilares utilizados en el hospital) X 100
SEGUIMIENTO	Mensual acumulado del período (enero a diciembre 2021)
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
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 50%: 100% de los puntos < 50% pero >= 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 < 50% y menor que el año anterior: 0% de los puntos



4.2.1.4. Revisar las prescripciones activas de los pacientes polimedicados

OBJETIVO	Revisar las prescripciones de los pacientes polimedicados con ≥ 15 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamiento superior o igual a 180 días
META	$\geq 90\%$
CÁLCULO	(Pacientes polimedicados revisados hasta diciembre 2021 / pacientes polimedicados de enero a diciembre de 2021) X 100
SEGUIMIENTO	Mensual acumulado del periodo (enero a diciembre 2021)
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitarias
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 90\%$: 100% de los puntos 80 a $< 90\%$: 90% de los puntos 70 a $< 80\%$: 80% de los puntos 60 a $< 70\%$: 70% de los puntos 50 a $< 60\%$: 60% de los puntos 40 a $< 50\%$: 50% de los puntos 30 a $< 40\%$: 40% de los puntos 20 a $< 30\%$: 30% de los puntos 10 a $< 20\%$: 20% de los puntos 1 a $< 10\%$: 10% de los puntos $< 1\%$: 0% de los puntos

4.2.1.5. Seguridad en el uso de medicamentos en pacientes crónicos

OBJETIVO	Mejorar el uso de medicamentos en pacientes crónicos interviniendo sobre los potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción
META	$\geq 50\%$
CÁLCULO	Indicador1 X 0,10 + Indicador2 X 0,15 + Indicador3 X 0,75
SEGUIMIENTO	Mensual acumulado del periodo (enero a diciembre 2021)
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	<p>Indicador compuesto que mide la seguridad en el uso de medicamentos en 3 grupos de pacientes crónicos. Los dos primeros hacen referencia a la diabetes y el tercero al tratamiento con opioides. En los tres casos la población diana son pacientes</p> <p><u>Poblaciones diana:</u></p> <p>Grupo 1) 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</p> <p>Grupo 2) Pacientes en tratamiento con medicamentos iSGLT2¹ para la Diabetes Mellitus tipo 2</p>

¹ Este objetivo está orientado a la adecuación del uso de iSGLT2 en situaciones donde aporten resultados en salud. Para ello considerar el documento de "Recomendaciones para la selección del tratamiento farmacológico en Diabetes Mellitus tipo 2" del grupo de trabajo "Uso Adecuado del Medicamento-Diabetes" de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones y del Plan Integral de Diabetes



	<p>Grupo 3) Pacientes en los que se inicia en el mes algún tratamiento con opioides menores o mayores para dolor crónico no oncológico (DCNO)</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <p>Indicador1 (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) / (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) X 100</p> <p>Indicador2 (Pacientes en tratamiento con medicamentos iSGLT2 para la Diabetes Mellitus tipo 2 que hayan sido revisados con el cuestionario de valoración farmacológica correspondiente de Diraya / Pacientes en tratamiento con medicamentos iSGLT2 para la Diabetes Mellitus tipo 2) X 100</p> <p>Indicador3 (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 / Pacientes en los que se inicia en el mes algún tratamiento con opioides menores o mayores para DCNO) X 100</p> <p><u>Ponderaciones:</u> El indicador 1 tendrá un peso del 10% del peso global del indicador compuesto El indicador 2 tendrá un peso del 15% del peso global del indicador compuesto El indicador 3 tendrá un peso del 75% del peso global del indicador compuesto</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>≥ 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</p>



4.2.1.6. Prescripción por principio activo

OBJETIVO	Promover la prescripción por principio activo
META	>= 92%
CÁLCULO	(Número de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables / número total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables) X 100
SEGUIMIENTO	Mensual acumulado del periodo (enero a diciembre 2021)
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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	<p>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)</p> <p>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</p> <p>La técnica de regresión logística utilizada modela las variaciones en la variable dependiente dicotómica (evento resultado), en función de cambios en las variables independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>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%</p> <p>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</p>
SEGUIMIENTO	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	<p>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)</p> <p>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</p> <p>La técnica de regresión logística utilizada modela las variaciones en la variable dependiente dicotómica (evento resultado), en función de cambios en las variables independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>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%</p> <p>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</p>
SEGUIMIENTO	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	<p>Si el límite inferior del IC de la RE ≤ 1: 100% de los puntos</p> <p>Si el límite inferior del IC de la RE > 1: 0% de los puntos</p>



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	<p>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)</p> <p>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</p> <p>La técnica de regresión logística utilizada modela las variaciones en la variable dependiente dicotómica (evento resultado), en función de cambios en las variables independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia intracerebral - Hemorragia subaracnoidea - Accidente cerebrovascular isquémico <p>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%</p> <p>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</p>
SEGUIMIENTO	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	<p>Si el límite inferior del IC de la RE ≤ 1: 100% de los puntos</p> <p>Si el límite inferior del IC de la RE > 1: 0% de los puntos</p>



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	<p>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)</p> <p>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</p> <p>La técnica de regresión logística utilizada modela las variaciones en la variable dependiente dicotómica (evento resultado), en función de cambios en las variables independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>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%</p> <p>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</p>
SEGUIMIENTO	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. Mortalidad en GRD de baja mortalidad PSI-02

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad (PSI 02)
META	<= que la tasa Andaluza 2020
CÁLCULO	Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad del centro en 2021 (enero-junio y enero diciembre) / Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad del SAS en 2020
SEGUIMIENTO	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	<p>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</p> <p>Se excluyen las altas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Los centros con bajo nivel de declaración de casos podrán ser incluidos en el plan de auditorías de la Inspección</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Tasa <= que la tasa Andaluza 2020: 100% de los puntos Tasa > que la tasa Andaluza 2020: 0% de los puntos

4.2.3.2. Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado PSI-18

OBJETIVO	Disminuir la Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado (PSI 18)
META	<= que la tasa Andaluza 2020
CÁLCULO	Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado del centro 2021 (enero-junio y enero diciembre) / Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado del SAS en 2020
SEGUIMIENTO	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	<p>Numerador: Entre los casos del denominador, las altas con código de trauma obstétrico de 3er y 4º grado en cualquier campo diagnóstico</p> <p>Denominador: Todas las altas de parto vaginal con cualquier código de procedimiento de parto instrumentado</p> <p>Se excluyen altas con “sexo” desconocido, “edad” desconocida o “diagnóstico principal” desconocido</p>



MÉTODO DE EVALUACIÓN	Tasa <= que la tasa Andaluza 2020: 100% de los puntos Tasa > que la tasa Andaluza 2020: 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 >= 90% Hospitales de nivel 2 >= 85% Hospitales de nivel 3, 4 y 5 >= 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 / Episodios de pacientes con diagnóstico principal SCACEST X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>En el futuro 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</p> <p>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</p> <p>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</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>Hospitales de nivel 1 >= 90%: 100% de los puntos <= 80%: 0% de los puntos Los resultados entre el 80 y el 90% se evaluarán mediante una función de valor</p> <p>Hospitales de nivel 2 >= 85%: 100% de los puntos <= 75%: 0% de los puntos Los resultados entre el 15 y el 20% se evaluarán mediante una función de valor</p> <p>Hospitales de nivel 3,4 y 5</p>



	<p>>= 55%: 100% de los puntos <= 35: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>
--	---

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

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes con ictus isquémico tratados mediante reperusión vascular mecánica o fibrinólisis
META	Hospitales de nivel 1 y 2 >= 20% Hospitales de nivel 3, 4 y 5 >= 15%
CÁLCULO	Episodios con ictus isquémico como diagnóstico principal en los que se realiza una reperusión vascular mecánica o una fibrinólisis / episodios con ictus isquémico como diagnóstico principal X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Diagnóstico principal: Infarto cerebral (I63.*) Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fibrinólisis: 3E03317, 3E04317, 3E05317, 3E06317 - 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*
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>Hospitales de nivel 1 y 2 >= 20%: 100% de los puntos <= 15%: 0% de los puntos Los resultados entre el 15 y el 20% se evaluarán mediante una función de valor</p> <p>Hospitales de nivel 3, 4 y 5 >= 15%: 100% de los puntos <= 6%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

4.2.4.3. % de cesáreas

OBJETIVO	Disminuir el % de cesáreas
META	<= 22%
CÁLCULO	Nº de cesáreas / Nº de partos vaginales y cesáreas X 100
SEGUIMIENTO	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	<p><= 22%: 100% de los puntos >= 25%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>



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 >= 10% Hospitales con DI de partida entre 0,03 y 0,11: reducirla >= 30% Hospitales con DI de partida >= 0,11: reducirla >=50%
CÁLCULO	Nº de pacientes con infección-colonización por EBPC / total de días de estancias en el periodo de estudio X 1000
SEGUIMIENTO	Anual. Periodo octubre de 2020 - septiembre de 2021
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 2020 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>
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	>= 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 (Adultos: Braden y/o EMINA, Pediatría: Braden Q, Neonatos: NSRAS, UCI: COMHON) X 100/ Población diana
SEGUIMIENTO	Trimestral
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	Numerador: Episodios con ingreso de más de 24h con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (Adultos: Braden y/o EMINA, Pediatría: Braden Q, Neonatos: NSRAS, UCI: COMHON) Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 60%: 100% de los puntos <= 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	>= 60%
CÁLCULO	Episodios con más de 24 h de ingreso con cuestionario realizado de retirada de Catéter Venoso X 100 / Población diana
SEGUIMIENTO	Trimestral
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 Se estima que el 75% de los episodios que permanecen ingresados más de un día requieren uso de catéter venoso
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 60%: 100% de los puntos <= 30%: 0% de los puntos Los valores entre el 30% Y 60% se evaluarán mediante una función de valor

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. Razón estandarizada de la tasa del indicador preventivo 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 10, 11 y 12, por cada 100.000 habitantes de 18 o más años del área (distrito) - Tasa de ingresos por deshidratación (PQI 10) - Tasa de ingresos por neumonía bacteriana (PQI 11) - Tasa de ingresos por infección del tracto urinario (PQI 12)
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ Y POBLACIONES BDU
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Benchmark: Medias regionales andaluzas
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



4.2.5.2. Razón estandarizada de la tasa del indicador preventivo 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) <ul style="list-style-type: none"> - 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)
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ Y POBLACIONES BDU
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Benchmark: Medias regionales andaluzas
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

4.2.5.3. 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	
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ Y POBLACIONES BDU
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



4.2.5.4. % de cobertura de vacunación infantil

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación infantil en niños de 2 años según el PVA
META	>= 97%
CÁLCULO	Niños que cumplen 2 años en el periodo con el calendario vacunal completo / niños que cumplen dos años en el periodo X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>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</p> <p>Calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 difteria, tétanos y tosferina (DTPa) - 3 Poliomieltitis (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	>= 97%: 100% de los puntos <= 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	>= 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 / Nº de niños nacidos cuatro años antes del periodo a evaluar * 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 97%: 100% de los puntos <= 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	>= 75%
CÁLCULO	% de cobertura de vacunación antigripal en personas >= 65 años en la campaña de vacunación de la gripe (Octubre 2021 – Marzo 2022)
SEGUIMIENTO	Mensual. Periodo Octubre 2021 – Marzo 2022
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>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</p> <p>Numerador: Personas de la población diana a las que se ha realizado la vacunación de la gripe dentro de la campaña</p> <p>La evaluación de la campaña será la correspondiente al periodo Octubre – Marzo</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 75%: 100% de los puntos</p> <p><= 60%: 0% de los puntos</p> <p>Los resultados entre el 60 y el 75% se evaluarán mediante una función de valor</p>

4.2.5.7. % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 69 años y/o Covid Grave

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 69 años y/o Covid Grave
META	>= 40%
CÁLCULO	% de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 69 años y/o Covid Grave
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>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 69 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</p> <p>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</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 40%: 100% de los puntos</p> <p><= 20%: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>



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	>= 95%
CÁLCULO	Mujeres citadas en el 2021 al programa de cribado / Mujeres susceptibles de ser invitadas en el 2021 X 100
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	PLANES INTEGRALES. Sistema de información PDPCM
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 95%: 100% de los puntos <= 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	>= 20%
CÁLCULO	% de mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una citología
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	MTI CITAS (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 Población diana (Denominador): Las mujeres que tengan desde 25 hasta 64 años al final del periodo a evaluar (desde el 1 de Enero al final del mes correspondiente) y que, al final del periodo, estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía 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
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 20%: 100% de los puntos <= 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 2020 y 2021 / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	PLANES INTEGRALES. Sistema de información DPCCR
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
ACLARACIONES	Cribado bienal Población diana (Denominador): Son las personas susceptibles de ser invitadas al cribado de (personas que en enero de 2020 tienen entre 50-69 años y que cumplen determinadas condiciones establecidas en el Programa de Detección precoz del Cáncer Colo-Rectal)
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 el % de cobertura de cribado para la detección precoz 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 / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD y PDPRD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se computarán las retinografías registradas como finalizadas en la aplicación de retinografías PDPRD 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. Numerador: Pacientes de la población diana con una retinografía finalizada en los dos años previos a la fecha de fin del periodo evaluado
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



4.2.5.12. % de detección de pacientes con necesidades de cuidados paliativos

OBJETIVO	Incrementar el % de detección de pacientes con necesidades de cuidados paliativos
META	>= 10%
CÁLCULO	Pacientes de 18 o más años fallecidos en el periodo evaluado con un diagnóstico de cuidados paliativos (en el año de fallecimiento y en el anterior) / Pacientes fallecidos de 18 años o más en el periodo evaluado X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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

4.2.6. 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	>= 35%
CÁLCULO	Personas >= 65 años con valoración Barthel o Pfeiffer / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
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: Pacientes que al final del periodo evaluado tengan >= 65 años, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 35%: 100% de los puntos <= 25%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



4.2.6.2. % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con un Plan de Acción Personalizado (PAP)

OBJETIVO	Incrementar el % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con un Plan de Acción Personalizado (PAP) en el periodo evaluado
META	>=10%
CÁLCULO	Personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC a los que se les ha realizado un Plan de Acción Personalizado (PAP) en el periodo evaluado / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Trimestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD (Clic Salud Asistencial)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Población diana: Personas con Diagnóstico Insuficiencia cardíaca y/o EPOC, activos en BDU y con residencia habitual en Andalucía.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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

4.2.6.3. % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con seguimiento proactivo

OBJETIVO	Incrementar el % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con seguimiento proactivo en el periodo evaluado
META	>=10%
CÁLCULO	Personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con seguimiento proactivo domiciliario en el periodo evaluado / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Trimestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia de Salud de Atención Primaria (HSAP). Seguimiento Proactivo Crónico Complejo
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Población diana: Personas con Diagnóstico Insuficiencia cardíaca y/o EPOC, activos en BDU y con residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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



4.2.6.4. % 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	>= 70%
CÁLCULO	Personas en cartera de servicios inmovilizados con valoración del riesgo de UPP (Escala Braden o Norton) / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Trimestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
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: Personas en la Cartera de Servicios Inmovilizado, activos en BDU y con residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 70%: 100% de los puntos <= 60%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

4.2.6.5. Implantación de la consulta de acogida en los centros de salud de AP

OBJETIVO	Implantar la Consulta de Acogida en los centros de salud de AP
META	>= 50%
CÁLCULO	Números de Centros de salud que tienen implantada la consulta de acogida / Número total de Centros de salud X 100
SEGUIMIENTO	Trimestral
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	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 50%: 100% de los puntos <20 %: 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 hipertensos con adecuado control de cifras de tensión arterial

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes con hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controladas
META	>= 15%
CÁLCULO	(Nº de pacientes mayores de 14 años con hipertensión arterial, cuya última cifra de TA $\leq 140/90$ mm Hg si su edad es < 80 años o $\leq 150/90$ si su edad es ≥ 80 años / Población diana) X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Población diana (Denominador): Personas que al final del periodo evaluado tengan más de 14 años, un diagnóstico de hipertensión arterial, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía</p> <p>Numerador: Pacientes de la población diana con un apunte de TA en el módulo de constantes de Diraya en el periodo evaluado, cuya última cifra de TA sea $\leq 140/90$ mm Hg si su edad es < 80 años o $\leq 150/90$ si su edad es ≥ 80 años</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 15%: 100% de los puntos</p> <p>< 15%: 0% de los puntos</p>

4.2.6.7. % de pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus con adecuado control de cifras de tensión arterial

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus y cifras de tensión arterial controladas
META	>= 20%
CÁLCULO	(Nº de pacientes entre 14 y 80 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ictus con la última cifra de TA $\leq 140/90$ / Población diana) X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Población diana (Denominador): Personas que al final del periodo evaluado tengan entre 14 y 80 años, un diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ictus, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía</p> <p>Numerador: Pacientes de la población diana con un apunte de TA en el módulo de constantes de Diraya en los 12 meses anteriores al último día del periodo evaluado y cuya última cifra de TA sea $\leq 140/90$</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 20%: 100% de los puntos</p> <p><= 15%: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>



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	>= 50%
CÁLCULO	(Nº de pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes mellitus, cuya última cifra de HbA1 registrada sea < 7% para ≤ 75 años y < 8,5% para > 75 años) / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	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 Numerador: Pacientes de la población diana con una determinación de hemoglobina glicada, en el rango establecido, en MPA en el periodo evaluado
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 50%: 100% de los puntos <= 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	>= 10%
CÁLCULO	Pacientes fumadores de 40 o más años con EPOC con una asistencia antitabáquica grupal o individual / Población diana X 100
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD Y MTI-CITAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	La Base Poblacional de Salud recogerá los pacientes fumadores registrados en la hoja de Hábitos de Diraya o con CIE de dependencia al tabaco Población diana (Denominador): Personas que al final del periodo evaluado sean fumadores con EPOC, de 40 o más años, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía Numerador: Pacientes de la población diana con una asistencia antitabáquica grupal o individual en el periodo evaluado
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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



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

4.2.7.1. Participación en las Comisiones de hospitalarias de Transfusión

OBJETIVO	Participación en las Comisiones hospitalarias de Transfusión
META	100%
CÁLCULO	Nº de comisiones en las que participan / Nº de comisiones convocadas X 100
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
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

4.2.7.2. Colaboración con los Coordinadores de Trasplantes Hospitalarios

OBJETIVO	Participación en las comisiones hospitalarias de trasplantes
META	100%
CÁLCULO	Nº de comisiones en las que participan / Nº de comisiones convocadas X 100
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
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



4.2.8. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA RAMTTC

4.2.8.1. Hemovigilancia

OBJETIVO	La Red de MTTC establecerá una política de registro, seguimiento y estudio de las reacciones adversas de la transfusion
META	$\geq 1,5\%$
CÁLCULO	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ Reacciones adversas año actual}}{\text{N}^\circ \text{ de unidades de sangre + plaquetas + plasma transfundidas en el año actual}} - \frac{\text{N}^\circ \text{ medio de Reacciones adversas de los dos años anteriores}}{\text{Media del N}^\circ \text{ de unidades de sangre + plaquetas + plasma transfundidas en los dos años anteriores}} \right) \times 100$
SEGUIMIENTO	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Sistema de Hemovigilancia
UNIDAD INFORMANTE	RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 1,5\%$: 100% de los puntos $\leq 0,5\%$: 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 2021

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