

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD CONTRATO PROGRAMA 2023

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 Consumo que se adscribe a la Viceconsejería de Salud y Consumo, cuyas competencias y funciones están reguladas por la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y por el Decreto 156/2022 de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo y del Servicio Andaluz de Salud, en su artículo 11 contempla el régimen jurídico y de funcionamiento.

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.

Corresponde al Servicio Andaluz de Salud el ejercicio de las funciones que se especifican en el presente decreto, con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía y, en particular, las siguientes:

- a) 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 que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- b) La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.
- c) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.



El desarrollo alcanzado obliga a toda la Organización sanitaria a ofrecer una respuesta eficaz para garantizar la efectividad de los derechos; para ofrecer los avances más relevantes que se vayan produciendo en materia de tecnologías e investigación y, de modo particular, prestar especial atención a los grupos de población más vulnerables que necesitan de la asistencia sanitaria.

La respuesta pasa necesariamente por la puesta en práctica de una política de transparencia informativa en la gestión de los recursos, la potenciación de nuevas fórmulas de gestión y organización, y por prestar especial atención a los profesionales como protagonistas y ejecutores de las políticas sanitarias.

El Decreto 156/2022 de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo 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 a la Consejería de Salud y Consumo, en relación con los presupuestos y el Contrato-Programa tanto del Servicio Andaluz de Salud, como de la entidad que tiene adscrita.

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 2023.**

Desde la Consejería de Salud y Consumo, 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. Por tanto, no cabe duda de que una **primera perspectiva** en este Contrato Programa será la **accesibilidad**.

Avanzando en la búsqueda de la excelencia, una **segunda perspectiva** será la **humanización**. Para conseguirlo un instrumento clave es el Plan de Humanización puesto en marcha por la Consejería para y con la ciudadanía, respetando la dignidad de las personas y sus derechos, incorporando lo



que realmente tiene valor para el paciente, y ofreciendo unas condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales. En definitiva se trata de avanzar hacia un sistema sanitario centrado en los profesionales, los pacientes y sus familiares, es decir, centrado en las personas.

Los elementos claves que incorpora el Plan de Humanización son:

- la construcción de una cultura de trabajo humanizada, en la que el buen trato al paciente se encuentre en el centro de las actuaciones sanitarias
- la corresponsabilidad entre todas las disciplinas sanitarias en la construcción de esta cultura humanizada
- la personalización de la asistencia, adaptada a las necesidades concretas de cada individuo
- el compromiso con la calidad, concretamente con la dimensión de calidad percibida por el paciente
- la mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias de calidad

Además, el género, como determinante reconocido de la salud, se tendrá en cuenta en todos los apartados de este Contrato Programa.

La **tercera perspectiva** que se planteará este Contrato Programa será la **eficiencia** de manera que la gestión de los profesionales asegure la sostenibilidad del sistema y la mejor utilización de los recursos disponibles. Las medidas que se pondrán en marcha para impulsar las mejoras, en estos ámbitos, se construirán desde el diálogo con las Sociedades Científicas, con los profesionales y los pacientes que constituyen la piedra angular del sistema.

Por lo tanto, el Contrato Programa supone no solo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso de los centros para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

Este Contrato Programa supone un esfuerzo de síntesis y concreción **de objetivos que conjugan la orientación hacia una asistencia humanizada, con la evaluación más eficiente y eficaz que garantice la accesibilidad** y se respalde en los sistemas de información sanitaria implantados en nuestro sistema sanitario.



Desde este Contrato Programa, que se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud y Consumo para esta XII Legislatura, se seguirá apostando por una sanidad integral, más humanizada y eficiente. El modelo sanitario andaluz contempla la atención sanitaria, la promoción de la salud, la actuación preventiva y la atención asistencial sociosanitaria, y con este fin promoverá una ley de salud integral que refuerze la coordinación entre todos estos ámbitos y permita abordar de manera ágil las emergencias sanitarias y de salud pública.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2023.

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud

Diego Agustín Vargas Ortega
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud
Dirección Gerente
C/12 de Mayo, 10
41013 Sevilla





ÍNDICE

OBJETIVOS DEL CENTRO	14
ANEXO: FICHAS DE LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2023	22
1 PERSPECTIVA ACCESIBILIDAD.....	24
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1. LISTA DE ESPERA	24
1.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	24
1.1.1.1. Nº de pacientes pendientes con garantía de respuesta quirúrgica, que conservan la garantía, que superan el plazo establecido	24
1.1.1.2. Nº de pacientes pendientes sin garantía de respuesta quirúrgica, o que la hayan perdido, que superan 365 días	24
1.1.1.3. % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados	25
1.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS	25
1.1.2.1. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos	25
<i>1.1.2.2. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde otra especialidad de AH que superan 60 días para ser atendidos.....</i>	<i>26</i>
1.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	26
1.1.3.1. Nº de pacientes pendientes de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta que superan 30 días para ser atendidos	26
1.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	27
1.1.4.1. Tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas telefónicas	27
1.1.4.2. Tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales (demanda clínica).....	27
AREA ESTRATÉGICA: 1.2. ACCESIBILIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	28
1.2.1. ACCESIBILIDAD RAMTTC	28
1.2.1.1. Ratio de concentrados de hematíes (CH) aptos/distribuidos	28
1.2.1.2. Tasa de plasmaféresis x 10.000 habitantes.....	28
1.2.1.3. % de rendimiento de las colectas de los equipos móviles	29
2 PERSPECTIVA HUMANIZACIÓN.....	29
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1. HUMANIZACIÓN.....	29
2.1.1.1. Nº de visitas médicas o de enfermería domiciliarias a CCP inmovilizados.....	29
2.1.1.2. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un Plan de Acción Personalizado (PAP).....	30
2.1.1.3. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación	30
2.1.1.4. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación.....	30



2.1.1.5. Tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación.....	31
2.1.1.6. % de pacientes que no superan el Tiempo de Espera para la 1ª consulta facultativa según nivel de triaje	31
2.1.1.7. % de episodios de hospitalización superior a 24h con el dolor valorado y controlado en las primeras 24 horas	32
2.1.1.8. % de solicitudes de pruebas analíticas solicitadas por MPA	32
Visibilizar los resultados de pruebas analíticas en ClicSalud	32
2.1.1.9. % de disminución de reclamaciones relacionadas con comunicación, trato y actitud	32
2.1.1.10. % de expedientes de reclamaciones finalizados en plazo.....	33
2.1.1.11. % de incremento de donantes.....	33
2.1.1.12. Aumentar el número de campañas de promoción de la donación	33

3 PERSPECTIVA EFICIENCIA..... 34

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1. EFICIENCIA ECONÓMICA..... 34

3.1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS	34
3.1.1.1. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I	34
3.1.1.2. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas).....	34
3.1.1.3. Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (recetas capítulo IV).....	35
3.1.2. COBROS A TERCEROS.....	35
3.1.2.1. % de liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago.....	35
3.1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES.....	35
3.1.3.1. % de absentismo laboral de los profesionales	35
3.1.4. CONTROL DEL ABSENTISMO POBLACIÓN	36
3.1.4.1. % de reducción del absentismo laboral en la población	36

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.2. EFICIENCIA ASISTENCIAL..... 37

3.2.1. HOSPITALIZACIÓN	37
3.2.1.1. Límite inferior del IC del Índice de utilización de las estancias hospitalarias.....	37
3.2.1.2. % de reingresos	37
3.2.1.3. Estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados.....	38
3.2.2. HOSPITALES DE DIA MÉDICO Y QUIRÚRGICO.....	38
3.2.2.1. Índice de Ambulatorización.....	38
3.2.2.2. % de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria	39
3.2.3. URGENCIAS	40
3.2.3.1. % de urgencias no relacionadas con el embarazo correspondientes a retornos de menos de 72 horas.....	40
3.2.4. ÁREA QUIRÚRGICA.....	40



3.2.4.1. Índice de utilización de quirófanos	40
3.2.5. ÁREA DE CONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	41
3.2.5.1. % de primeras consultas sobre el total de consultas	41
3.2.5.2. Razón Estandarizada de derivaciones (RED) desde a AP a las consultas hospitalarias.....	42
3.2.6. ÁREA DE VACUNACIÓN	42
3.2.6.1. % de cobertura de vacunación infantil	42
3.2.6.2. % de cobertura de vacunación infantil – Triple Vírica	43
3.2.6.3. % de cobertura de vacunación antigripal en personas >= 65 años	43
3.2.6.4. % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 72 años y/o Covid con hospitalización.....	43
3.2.7. ÁREA DE CRIBADOS.....	44
3.2.7.1. % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama.....	44
3.2.7.2. % de mujeres con citología de cuello uterino	44
3.2.7.3. % de participación en programa de cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal	45
3.2.7.4. % de cobertura del cribado para la detección precoz de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo	46
3.2.8. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.....	46
3.2.8.1. % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares.....	46
3.2.8.2. % de los medicamentos biológicos de adquisición hospitalaria que son biosimilares	47
3.2.8.3. Ratio de prescripciones activas de los pacientes polimedicados	47
3.2.8.4. Índice de calidad de la prescripción.....	47
3.2.8.5. Consumo de benzodiazepinas	48
3.2.8.6. Presión antibiótica para Primaria	48
3.2.8.7. Presión antibiótica para hospitales.....	49
3.2.9. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	49
3.2.9.1. % de Concentrados de Hematíes (CH) aptos de donaciones de sangre útiles	49
3.2.9.2. % de Concentrados de Hematíes (CH) caducados.....	50
3.2.9.3. % de incremento de la producción de tejido óseo	51
3.2.9.4. % de Donaciones de Sangre desechadas	51
3.2.9.5. % de unidades de mezcla de plaquetas caducadas.....	51
3.2.9.6. Tasa de donación de médula ósea x 1.000.000 de habitantes	51
3.2.9.7. Ratio unidades de plasma y CH transfundidos.....	52
3.2.10. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS.....	52
3.2.10.1. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Transfusión	52
3.2.10.2. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Trasplantes.....	52
3.2.10.3. Tasa de notificaciones adversas transfusionales por 1.000 componentes transfundidos.....	53
(*) ANEXO OBJETIVO 3.2.8.4. Índice de calidad de la prescripción.....	54





OBJETIVOS DEL CENTRO

1 PERSPECTIVA ACCESIBILIDAD		VALORACIÓN PERSPECTIVA: 20 %					
ÁREA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	META	VALOR				
			AH	AP	AGS	RAMTTC	
1.1. LISTA DE ESPERA	1.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	1.1.1.1. Garantizar que ningún paciente pendiente con garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserve dicha garantía	0	4		2	
		1.1.1.2. Garantizar que ningún paciente sin garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días	0	4		2	
		1.1.1.3. Incrementar el % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente	>= 80%	4		2	
	1.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS	1.1.2.1. Garantizar que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	2		1	
		1.1.2.2. Garantizar que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde otra especialidad de AH supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	2		1	
	1.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS	1.1.3.1. Garantizar que ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta supere el plazo de 30 días para ser atendido	0	4		2	
	1.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA	1.1.4.1. Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas telefónicas	<= 2 días		6	3	
		1.1.4.2. Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales	<= 2 días		14	7	



1 PERSPECTIVA ACCESIBILIDAD		VALORACIÓN PERSPECTIVA: 20 %						
ÁREA ESTRATÉGICA		OBJETIVO		META	VALOR			
					AH	AP	AGS	RAMTTC
1.2. ACCESIBILIDAD DE LA RED ANADALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	1.2.1. ACCESIBILIDAD RAMTTC	1.2.1.1	Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia	>= 1,1				8
		1.2.1.2	Aumentar la tasa de donación de plasma X 10.000 h.	>= 22 por 10.000 h.				7
		1.2.1.3	Rentabilizar las salidas de los Equipos Móviles	>= 52%				5



2 PERSPECTIVA HUMANIZACIÓN		VALORACIÓN PERSPECTIVA: 10%					
ÁREA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	META	VALOR				
			AH	AP	AGS	RAMTTC	
2.1. HUMANIZACIÓN	2.1.1.1.	Incrementar las visitas médicas o de enfermería domiciliarias anuales a CCP	>= 12 visitas		3,5	1,75	
	2.1.1.2.	Incrementar el % de pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) con un Plan de Acción Personalizado (PAP)	>= 40%		3,5	1,75	
	2.1.1.3.	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes no ingresados en observación	<= 4 horas	0,6		0,3	
	2.1.1.4.	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación	<= 12 horas	0,6		0,3	
	2.1.1.5.	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en una cama de observación	<= 24 horas	0,6		0,3	
	2.1.1.6.	Adecuar el tiempo medio de espera para la primera consulta facultativa por nivel de prioridad en el triaje	>= 90%	0,6		0,3	
	2.1.1.7.	Controlar el dolor en pacientes hospitalizados de más de 24 horas	> = 70%	0,6		0,3	
	2.1.1.8.	Visibilizar los resultados de pruebas analíticas en ClicSalud	>= 90%	4		2	
	2.1.1.9.	Reducir el porcentaje de reclamaciones relacionadas con la comunicación, trato y actitud	>= 60%	1,5	1,5	1,5	2
	2.1.1.10.	Aumentar el porcentaje de expedientes de reclamaciones finalizados en plazo	>= 85%	1,5	1,5	1,5	2
	2.1.1.11	Aumentar el número de donantes cada año	>= 105%				3
	2.1.1.12	Aumentar el número de campañas de promoción de la donación	>= 4				3



3 PERSPECTIVA EFICIENCIA		VALORACIÓN PERSPECTIVA:70%						
ÁREA ESTRATÉGICA		OBJETIVO		META	VALOR			
					AH	AP	AGS	RAMTTC
3.1. EFICIENCIA ECONÓMICA	3.1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS	3.1.1.1.	No superar el presupuesto asignado en capítulo I	<= 100%	14	13	13,5	14
		3.1.1.2.	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	<= 100%	7	7	7	7
		3.1.1.3.	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (recetas capítulo IV)	<= 100%	7	7	7	
	3.1.2. COBROS A TERCEROS	3.1.2.1.	Alcanzar o superar la cantidad fijada para las liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago	>= 100%	1	1	1	1
	3.1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES	3.1.3.1.	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales	< IT del año anterior	1	1	1	1
	3.1.4. CONTROL DEL ABSENTISMO POBLACIÓN	3.1.4.1.	Reducción de absentismo laboral en la población	>=0,5		1	0,5	
3.2. EFICIENCIA ASISTENCIAL	3.2.1. HOSPITALIZACIÓN	3.2.1.1.	Adecuar el uso de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida	Límite inferior del IC del IUE <= 1	4		2	
		3.2.1.2.	Disminuir los reingresos hospitalarios	<= 7,5%	4,4		2,2	
		3.2.1.3.	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)	<= 12 horas	4		2	
	3.2.2. HOSPITALES DE DÍA MÉDICO Y QUIRÚRGICO	3.2.2.1.	Incrementar el Índice de Ambulatorización	>= 0,2	4		2	
		3.2.2.2.	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)	>= 80%	4		2	



3 PERSPECTIVA EFICIENCIA			VALORACIÓN PERSPECTIVA:70%				
ÁREA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	META	VALOR				
			AH	AP	AGS	RAMTTC	
3.2.3. URGENCIAS	3.2.3.1. Disminuir los retornos a Urgencias en menos de 72 horas que no estén relacionados con el embarazo	<= 10%	4,4		2,2		
3.2.4. ASISTENCIA QUIRÚRGICA	3.2.4.1. Aumentar el índice de utilización de quirófanos	>=80%	4		2		
3.2.5.ÁREA DE CONSULTAS Y PRUEBAS	3.2.5.1. Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	>= 60%	4		2		
	3.2.5.2. Adecuar la Razón Estandarizada de Derivaciones (RED) desde a AP a las consultas hospitalarias	RED >= 0,8 ó RED <= 1,2		2	1		
3.2.6. ÁREA DE VACUNACIÓN	3.2.6.1. Incrementar el % de cobertura de vacunación infantil en niños de 2 años según el PVA	>= 97%		4	2		
	3.2.6.2. Incrementar el % de cobertura de vacunación de Triple Vírica en niños de 4 años	>= 97%		4	2		
	3.2.6.3. Incrementar el % de cobertura de vacunación antigripal en personas >= 65 años	>= 75%		4	2		
	3.2.6.4. Incrementar el % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 72 años y/o Covid con hospitalización	>= 40%		4	2		
3.2.7. ÁREA DE CRIBADOS	3.2.7.1. Incrementar el % de cobertura del cribado para la detección precoz de cáncer de mama	>= 95%		4	2		
	3.2.7.2. Incrementar el % de mujeres con citología de cuello uterino	>= 40%		4	2		
	3.2.7.3. Incrementar el % de participación en el cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal	>= 45%		4	2		



3 PERSPECTIVA EFICIENCIA		VALORACIÓN PERSPECTIVA:70%					
ÁREA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	META	VALOR				
			AH	AP	AGS	RAMTTC	
	3.2.7.4.	Incrementar la cobertura del cribado de retinopatía diabética en pacientes diabéticos mediante exploración periódica del fondo de ojo		4	2		
3.2.8. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	3.2.8.1.	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)	1,2	1,2	1,2		
	3.2.8.2.	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria)	1,2		0,6		
	3.2.8.3.	Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedcado	1,2	1,2	1,2		
	3.2.8.4.	Mejorar la selección de los medicamentos, prescritos a través de recetas	1,2	1,2	1,2		
	3.2.8.5.	Disminuir el uso de Benzodicepinas (BZD) en la población andaluza	1,2	1,2	1,2		
	3.2.8.6.	Disminuir la presión antibiótica en la Atención Primaria	0,8	1,2			
	3.2.8.7.	Disminuir la presión antibiótica en la Atención Hospitalaria	0,4		1,2		
	3.2.9. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	3.2.9.1.	Mejorar la obtención de CH aptos a partir de las donaciones de sangre útiles				4
3.2.9.2.		Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de CH				4	
3.2.9.3.		Incrementar la producción de tejido óseo				4	

Servicio Andaluz de Salud. CP 2023. Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria



3 PERSPECTIVA EFICIENCIA		VALORACIÓN PERSPECTIVA:70%						
ÁREA ESTRATÉGICA		OBJETIVO	META	VALOR				
				AH	AP	AGS	RAMTTC	
		3.2.9.4.	Minimizar el porcentaje de donaciones de sangre total desechadas por bajo o por exceso de volumen	<= 1,25%				6
		3.2.9.5.	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de Mezcla de Plaquetas	<= 7%				6
		3.2.9.6.	Obtener donantes de médula ósea tipados, según el Plan Nacional de Donantes de Médula Ósea	>= 200 por millón h.				4
		3.2.9.7.	Adecuar la utilización de plasma transfundido	<= 10				4
	3.2.10. INDICADORES DE CALIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS	3.2.10.1.	Participar en las comisiones hospitalarias de transfusión	1				4
		3.2.10.2.	Participación en las comisiones hospitalarias de trasplantes	0,75				5
		3.2.10.3.	La Red de MTTC establecerá una política de registro, seguimiento y estudio de las reacciones adversas de la transfusión	>= 3%				6





ANEXO: FICHAS DE LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2023





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

1 PERSPECTIVA ACCESIBILIDAD

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1. LISTA DE ESPERA

1.1.1. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

1.1.1.1. N° de pacientes pendientes con garantía de respuesta quirúrgica, que conservan la garantía, que superan el plazo establecido

OBJETIVO	Garantizar que ningún paciente pendiente con garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserve dicha garantía
META	0
CÁLCULO	-
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD 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
MÉTODO DE EVALUACIÓN	0 pacientes fuera de plazo el último día del año: 100% de los puntos En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes: - Si el número de pacientes pendientes con garantía fuera de plazo el último día del año \leq media del número de pacientes pendientes con garantía fuera de plazo el último día de los dos años anteriores: 30% de los puntos - Si el número de entradas totales (Indicaciones) del 2º semestre \leq a la media del número de entradas del 2º semestre de los dos últimos años: 30% de los puntos

1.1.1.2. N° de pacientes pendientes sin garantía de respuesta quirúrgica, o que la hayan perdido, que superan 365 días

OBJETIVO	Garantizar que ningún paciente sin garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD 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 SIN garantía y con más de 365 días el último día del año <= media del número de pacientes pendientes SIN garantía y con más de 365 días el último día de los dos años anteriores: 25% de los puntos - Si el número de entradas totales (Indicaciones) del 2º semestre <= a la media del número de entradas del 2º semestre de los dos últimos años: 25% de los puntos
----------------------	--

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

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente
META	>= 80%
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Para conocer el cálculo de este indicador, puede consultar dentro de la página de Infoweb el apartado: Accesibilidad / Quirúrgica / Priorización de Intervenciones en la pestaña de definiciones
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 80%: 100% de los puntos < 80%: 0% de los puntos Se considerará cumplido al 100% este objetivo a los hospitales que cumplan los objetivos 1.1.1.1. y 1.1.1.2. se le considerará cumplido al 100%

1.1.2. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS

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

OBJETIVO	Garantizar que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se 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 aplicarán los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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
----------------------	--

1.1.2.2. Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde otra especialidad de AH que superan 60 días para ser atendidos

OBJETIVO	Garantizar que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde otra especialidad de AH supere el plazo de 60 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de especialidades distintas a la especialidad solicitada
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos</p> <p>En el resto de los casos se aplicarán los siguientes criterios:</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

1.1.3. LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

1.1.3.1. Nº de pacientes pendientes de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta que superan 30 días para ser atendidos

OBJETIVO	Garantizar que ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica sujeta a garantía de respuesta supere el plazo de 30 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria



FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación y PDI
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de pruebas diagnósticas garantizadas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos</p> <p>En el resto de los casos se aplicarán los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

1.1.4. LISTA DE ESPERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

OBJETIVO	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas telefónicas
META	≤ 2 días
CÁLCULO	Demora media
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Para medir la demora se realizan dos valoraciones semanales para la tarea consulta telefónica y tipo de profesional "Médico de familia" - La demora se calcula como los días transcurridos desde la fecha en la que se realiza la valoración hasta la fecha del primer hueco libre descontando los fines de semana y festivos nacionales y autonómicos - Se excluyen las claves cuya demora es superior a 30 días, considerando estos casos atípicos - La extracción de datos se realiza para la tarea consulta telefónica - La demora de los consultorios auxiliares se descarta debido a que puede crear una demora "falsa" en los casos en que entre el día de la valoración y el día del primer hueco libre no haya actividad asistencial en ese centro
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>≤ 2 días: 100% de los puntos</p> <p>≥ 4 días: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

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

OBJETIVO	Mejorar el tiempo de acceso del paciente a las consultas médicas presenciales (demanda clínica)
META	≤ 2 días
CÁLCULO	Demora media
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria



FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Para medir la demora se realizan dos valoraciones semanales para la tarea consulta demanda clínica y tipo de profesional “Médico de familia” - La demora se calcula como los días transcurridos desde la fecha en la que se realiza la valoración hasta la fecha del primer hueco libre descontando los fines de semana y festivos nacionales y autonómicos - Se excluyen las claves cuya demora es superior a 30 días, considerando estos casos atípicos - La extracción de datos se realiza para la tarea consulta demanda clínica - La demora de los consultorios auxiliares se descarta debido a que puede crear una demora “falsa” en los casos en que entre el día de la valoración y el día del primer hueco libre no haya actividad asistencial en ese centro
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p><= 2 días: 100% de los puntos >= 4 días: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

AREA ESTRATÉGICA: 1.2. ACCESIBILIDAD DE LA RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS

1.2.1. ACCESIBILIDAD RAMTTC

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

OBJETIVO	Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia
META	>= 1,1
CÁLCULO	Número de CH aptos / Número de CH distribuidos a los hospitales públicos y privados
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>>= 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</p>

1.2.1.2. Tasa de plasmaféresis x 10.000 habitantes

OBJETIVO	Aumentar la tasa de donación de plasma X 10.000 h.
META	>= 22 por 10.000 h.
CÁLCULO	Nº de donaciones de plasma X 10.000 / Nº de Habitantes
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	



MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>≥ 22 por 10.000 h.: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 18\%$ por 10.000 h.: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>
----------------------	--

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

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

2 PERSPECTIVA HUMANIZACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1. HUMANIZACIÓN

2.1.1.1. N° de visitas médicas o de enfermería domiciliarias a CCP inmovilizados

OBJETIVO	Incrementar las visitas médicas o de enfermería domiciliarias anuales a pacientes Crónicos Complejos Priorizados (CCP) inmovilizados
META	≥ 10 visitas
CÁLCULO	N° de visitas médicas o de enfermería domiciliarias a pacientes Crónicos Complejos Priorizados inmovilizados del Distrito / Número de pacientes CCP activos, inmovilizados del Distrito
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Población Diana (denominador): Número de pacientes CCP activos, que se encuentren inmovilizados.</p> <p>Serán contabilizados en el numerador aquellas citas que tengan el lugar de asistencia el domicilio, las tareas asociadas a estas agendas son; "Visita domiciliaria programada", "Aviso domiciliario a demanda", "Visita puerperal en domicilio", "Recogida de muestras en domicilio", "Crónicos Complejos en Domicilio", "Primera Consulta de Fisioterapia AP en domicilio", "Seguimiento pac. anticoagulados en domicilio". Se excluye la tarea: "Vacunación Inmovilizado"</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>≥ 10 visitas: 100% de los puntos</p> <p>< 4 visitas: 0% de los puntos</p>



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

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

OBJETIVO	Incrementar el % de pacientes crónicos complejos priorizados (CCP) con un Plan de Acción Personalizado (PAP)
META	$\geq 40\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de CCP a los que se les ha realizado o actualizado un Plan de Acción Personalizado (PAP) en el periodo evaluado} \times 100 / \text{Población diana}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	BASE POBLACIONAL DE SALUD y ClicSalud Asistencial
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>CCP: Personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC seleccionados entre los pacientes identificados como crónicos complejos</p> <p>Estos pacientes están identificados en la Historia de Salud Digital de AP (árbol azul claro) y también se proporcionarán a través de INFOWEB, donde se definirán los criterios de selección</p> <p>Numerador: N° de CCP activos a los que se les ha realizado o actualizado un PAP en el periodo evaluado</p> <p>Población diana (denominador): Pacientes identificados como CCP activos</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 40\%$: 100% de los puntos $\leq 30\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

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

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

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

OBJETIVO	Disminuir el tiempo medio de permanencia en urgencias de los pacientes ingresados en un sillón de observación
META	≤ 12 horas



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

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

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

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

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



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

2.1.1.7. % de episodios de hospitalización superior a 24h con el dolor valorado y controlado en las primeras 24 horas

OBJETIVO	Controlar el dolor en pacientes hospitalizados de más de 24 horas
META	$\geq 70\%$
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº Episodios de hospitalización (de mas de 24 horas) que presentan dolor valorado y controlado en las primeras 24 horas de ingreso}}{\text{Nº de episodios de hospitalización (de mas de 24 horas) con valoración del dolor en las primeras 24h}} \times 100$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Estación Clínica de Cuidados (ECC)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>El indicador de dolor controlado sólo se evaluará si al menos el 50% de los episodios de más de 24h de hospitalización tengan valoración del dolor.</p> <p>Se entiende como dolor controlado, el dolor que es bien soportado por el paciente y que está en proceso de mejorar tras la realización de una o varias intervenciones.</p> <p>Los intervalos para los que el resultado es “dolor controlado” para cada escala son: EVA, EVN, ESCID**, Wong Baker1 → [0 - 3] PAINAD***, NIPS → [0 - 4] PIPP → [0 - 6] (escala para Neonatos y Prematuros) FLACC1 → [0 - 2] 1 (para pediatría) **ESCID (pacientes críticos, no comunicativos, con Ventilación mecánica UCI) *** PAINAD: para adultos con demencia</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 70\%$: 100% de los puntos $\leq 50\%$: 0% de los puntos Los valores entre el 50% y 70% se evaluarán mediante una función de valor

2.1.1.8. % de solicitudes de pruebas analíticas solicitadas por MPA

OBJETIVO	Visibilizar los resultados de pruebas analíticas en ClicSalud
META	$\geq 90\%$
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº solicitudes realizadas por MPA}}{\text{Nº de solicitudes realizadas al SIL}} \times 100$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de pruebas analíticas (MPA) y SIL
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Este objetivo se mide indirectamente a través del porcentaje de pruebas analíticas realizadas con MPA
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 90\%$: 100% de los puntos $\leq 75\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.1.1.9. % de disminución de reclamaciones relacionadas con comunicación, trato y actitud

OBJETIVO	Reducir el porcentaje de reclamaciones relacionadas con la comunicación, trato y actitud
----------	--



META	<= 40%
CÁLCULO	(Reclamaciones relacionadas con la comunicación, trato y actitud 2023) X 100/ Reclamaciones relacionadas con la comunicación, trato y actitud 2022
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales, distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	<i>Resuelve</i>
UNIDAD INFORMANTE	Servicio de Coordinación- Gestión Ciudadana.
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 40%: 100% de los puntos > = 60%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.1.1.10. % de expedientes de reclamaciones finalizados en plazo

OBJETIVO	Aumentar el porcentaje de expedientes de reclamaciones finalizados en plazo
META	>= 85%
CÁLCULO	Número de expedientes finalizados en plazo X 100/ Número de expedientes finalizados
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	Hospitales, distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Resuelve
UNIDAD INFORMANTE	Servicio de Coordinación- Gestión Ciudadana
ACLARACIONES	Se incluyen los expedientes de reclamación por cualquier motivo
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 85%: 100% de los puntos < = 60%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

2.1.1.11. % de incremento de donantes

OBJETIVO	Aumentar el número de donantes cada año
META	>= 105%
CÁLCULO	$\frac{\sum(\text{Donantes año actual} - \text{media de donantes dos años anteriores}) \times 100}{\sum(\text{media de donantes dos años anteriores})}$
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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

2.1.1.12. Aumentar el número de campañas de promoción de la donación

OBJETIVO	Incrementar el número de personas informadas que donan sangre o/ y plasma
META	>= 4 al año por CTTC
CÁLCULO	Número de campañas de promoción de la donación de sangre y plasma, incluidas macrocolectas por provincia



PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 4: 100% de los puntos <= 1: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3 PERSPECTIVA EFICIENCIA

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1. EFICIENCIA ECONÓMICA

3.1.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

3.1.1.1. 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
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos , Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	GIRO
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Gestión Económica y Servicios
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 100%: 100% de los puntos > 100%: Cada punto porcentual de desviación se traducirá en una pérdida de un punto porcentual sobre el máximo del valor asignado al objetivo

3.1.1.2. 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
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos , Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	SIGLO
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Gestión Económica y Servicios
ACLARACIONES	Para su evaluación se tendrá en cuenta los cobros a terceros
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



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

OBJETIVO	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (recetas capítulo IV)
META	$\leq 100\%$
CÁLCULO	Distritos: Desviación porcentual del coste (PVP) por TAFE en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas por AP, respecto al valor asignado Áreas de Gestión Sanitaria: Desviación porcentual del coste (PVP) por TAFE en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas por AP y AH, respecto al valor asignado Hospitales: Desviación porcentual del coste (PVP) en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas en el hospital, respecto al valor asignado
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	TAFE: N° total de tarjetas ajustadas en función del consumo de farmacia por edad, tipo de aportación y sexo Se exceptuarán de las recetas de AP los medicamentos calificados como de diagnóstico hospitalario, los antiepilépticos (excepto gabapentina, pregabalina y carbamazepina) y los antineoplásicos hormonales (L02, según la clasificación ATC)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 100\%$: 100% de los puntos $> 100\%$: Se aplicará una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asignará el 80% de los puntos al centro con el coste (PVP) por TAFE, o PVP, con menor crecimiento respecto al año anterior y el 0% al que tenga el mayor crecimiento respecto al año anterior

3.1.2. COBROS A TERCEROS

3.1.2.1. % de liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago

OBJETIVO	Alcanzar o superar la cantidad fijada para las liquidaciones practicadas a terceros obligados al pago
META	$\geq 100\%$
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	GIRO
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Gestión Económica y Servicios
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 100\%$: 100% de los puntos $< 100\%$ y mayor o igual de la media del % de ejecución de los centros: 50% de los puntos $< 100\%$ y menor de la media del % de ejecución de los centros: 0% de los puntos

3.1.3. CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES

3.1.3.1. % de absentismo laboral de los profesionales

OBJETIVO	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales
----------	--



META	< IT del año anterior
CÁLCULO	Días en IT de los profesionales del centro en el periodo X 100 / Días de contrato de los profesionales en el periodo
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Cuadro de mandos de la DGP (GERHONTE y Listados IT de la Subdirección de Inspección y Servicios)
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Personal. Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales
ACLARACIONES	<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 2022, que suponen distintos puntos de partida:</p> <ol style="list-style-type: none"> Centros por debajo de la media de su grupo la IT de 2022. Centros por encima de la media IT 2022 de su grupo en < de 0,5 puntos. Centros igual o por encima de la media IT 2022 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 con carácter anual 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 2022: <ul style="list-style-type: none"> 100% si disminuyen su IT en 2023 $\geq 0,4$ respecto a la media IT 2022 de su grupo. 50% si su IT de 2023 se sitúa en el intervalo comprendido entre una disminución menor del 0,39 respecto a la media IT 2022 de su grupo y un incremento de 0,29 respecto a la media IT 2022 de su grupo. 0% si su IT de 2023 supera $\geq 0,3$ la media IT 2022 de su grupo. Para Centros por encima de la media IT 2022 de su grupo en < de 0,5 puntos: <ul style="list-style-type: none"> 100% si su IT de 2023 disminuye $\geq 0,30$ respecto a su IT de 2022 50% si su IT de 2023 disminuye entre el 0,10-0,29 respecto a su IT de 2022 0% si su IT de 2023 disminuye menos del 0,10 respecto a su IT de IT 2022 Para Centros igual o por encima de la media IT 2022 de su grupo en > de 0,5 puntos: <ul style="list-style-type: none"> 100% si su IT de 2023 disminuye $\geq 0,50$ respecto a su IT de 2022 50% si su IT de 2023 disminuye entre el 0,30-0,49 respecto a su IT de 2022 0% si su IT de 2023 disminuye menos del 0,30 respecto a su IT de 2022

3.1.4. CONTROL DEL ABSENTISMO POBLACIÓN

3.1.4.1. % de reducción del absentismo laboral en la población

OBJETIVO	Reducir la prevalencia de IT en días de la población afiliada activa asignada al Centro
META	$\leq 95 \%$
CÁLCULO	$(\text{N}^\circ \text{ días de IT en 2023} \times 100 / \text{Total de días en activo en 2023}) \times 100 / (\text{N}^\circ \text{ días IT en 2022} \times 100 / \text{Total de días en activo en 2022})$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	SMIL
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información



ACLARACIONES	Los días de IT y los días en activo serán los generados por la población afiliada activa en los años correspondientes La población afiliada activa incluye a los trabajadores en alta o asimilados al alta
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 95%: 100% de los puntos. >= 102,5%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor Nota: Si la prevalencia de IT 2023 <= 3% se obtendrá el 100% de los puntos

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.2. EFICIENCIA ASISTENCIAL

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%.

3.2.1. HOSPITALIZACIÓN

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

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

3.2.1.2. % de reingresos

OBJETIVO	Disminuir los reingresos hospitalarios
META	<= 7,5%
CÁLCULO	Episodio índice: - Episodios con tipo de alta distinto de exitus - Episodios con fecha de alta de enero a mayo, enero a agosto o enero a noviembre según el periodo a evaluar



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

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

OBJETIVO	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)
META	≤ 12 horas
CÁLCULO	Media en horas que transcurren entre el ingreso y el primer procedimiento quirúrgico mayor programado en los episodios con un ingreso programado
PERIODICIDAD O	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se computa únicamente para procedimientos mayores
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>≤ 12 horas: 100% de los puntos</p> <p>≥ 15 horas: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

3.2.2. HOSPITALES DE DIA MÉDICO Y QUIRÚRGICO

3.2.2.1. Índice de Ambulatorización

OBJETIVO	Incrementar el Índice de Ambulatorización
META	$\geq 0,2$



CÁLCULO	Sumatorio de los grupos HDM distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDM / Estancias médicas en hospitalización
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDM
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Mide el impacto global de HDM sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital</p> <p>En el numerador, no se contabilizará ningún registro de pacientes hospitalizados</p> <p>En el denominador, se contabilizan las estancias médicas corresponderán a los GDR-APR médicos de los pacientes hospitalizados</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>

3.2.2.2. % de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria

OBJETIVO	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)
META	$\geq 80\%$
CÁLCULO	Sumatorio de los grupos CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ X 100 / Sumatorio de los grupos CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ y Hospitalización
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN Y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<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.</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</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>$\geq 80\%$: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 70\%$: 0% de los puntos</p>



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

3.2.3. URGENCIAS

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

OBJETIVO	Disminuir los retornos a Urgencias en menos de 72 horas que no estén relacionados con el embarazo
META	$\leq 10\%$
CÁLCULO	Urgencias (no relacionadas con el embarazo) en las que el paciente había sido atendido en las urgencias del mismo hospital en las 72 horas previas X 100 / total del urgencias atendidas (no relacionadas con el embarazo)
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD URGENCIAS
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 10\%$: 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

3.2.4. ÁREA QUIRÚRGICA

3.2.4.1. Índice de utilización de quirófanos

OBJETIVO	Aumentar el índice de utilización de quirófanos
META	$\geq 80\%$
CÁLCULO	$[\text{Tiempo de las sesiones quirúrgicas} - (\text{Tiempo inicial} + \text{Tiempo final})] \times 100 / \text{Tiempo de las sesiones quirúrgicas}$
PERIODICIDAD	Cuatrimestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Diraya
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de la sesión quirúrgica: Diferencia en minutos entre la hora de inicio y fin de la sesión de quirófano - Tiempo inicial: Diferencia en minutos entre la hora de inicio de la sesión de quirófano y la hora de inicio de ocupación de la primera intervención de la sesión - Tiempo final: Diferencia en minutos entre la hora de fin de ocupación de la última intervención de la sesión y la hora de fin de la sesión. - Todos los tiempos son sumatorios trimestrales del conjunto de quirófanos del hospital - Sólo se considerarán los tiempos de mañana en días laborales - Penalización por duplicados: Si hay más de 15 duplicados al mes la puntuación del numerador se reduce a la mitad en ese mes - Duplicados: pacientes que se inscriben en AGD con distintos procedimientos pero se resuelven en el mismo acto quirúrgico



MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 80%: 100% de los puntos < 80: 0% de los puntos
----------------------	--

3.2.5. ÁREA DE CONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

3.2.5.1. % de primeras consultas sobre el total de consultas

OBJETIVO	Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas
META	>= 60%
CÁLCULO	(Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) X 100 / Total de consultas
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas)</p> <p>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	>= 60%: 100% de los puntos <= 55%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



3.2.5.2. Razón Estandarizada de derivaciones (RED) desde a AP a las consultas hospitalarias

OBJETIVO	Adecuar la Razón Estandarizada de Derivaciones (RED) desde a AP a las consultas hospitalarias
META	RED \geq 0,8 ó RED \leq 1,2
CÁLCULO	Razón estandarizada de derivaciones (RED): Compara las derivaciones realizadas frente a las esperadas según los grupos de edad y sexo RED = derivaciones realizadas / derivaciones esperadas Derivaciones esperadas (DE): Derivaciones que generaría el Distrito o AGS si derivara por grupos de edad y sexo igual que lo hace el estandar andaluz (derivaciones por grupos de edad y sexo del conjunto de centros)
PERIODICIDAD	Trimestral
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas) Los SSCC pondrán a disposición de los centros los estándares de derivación por grupos de edad y sexo en la plataforma INFOWEB
MÉTODO DE EVALUACIÓN	RED \geq 0,8 ó RED \leq 1,2 : 100% de los puntos RED < 0,6 ó RED > 1,4 : 0% de los puntos Los intervalos comprendido entre 1,2 y 1,4 y entre 0,8 y 0,6 se evaluarán mediante una función de valor

3.2.6. ÁREA DE VACUNACIÓN

3.2.6.1. % de cobertura de vacunación infantil

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación infantil en niños de 2 años según el PVA
META	\geq 97%
CÁLCULO	Niños que cumplen 2 años en el periodo con el calendario vacunal completo X 100 / niños que cumplen dos años en el periodo
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se calculará para los niños que hayan cumplido dos años en el periodo evaluado (desde el 1 de Enero al final del mes correspondiente) y que, al final de dicho periodo, estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía Calendario: <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	<p>$\geq 97\%$: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 95\%$: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>
----------------------	--

3.2.6.2. % de cobertura de vacunación infantil - Triple Vírica

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación de Triple Vírica en niños de 4 años
META	$\geq 97\%$
CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños nacidos 4 años antes del periodo a evaluar que tienen administradas 2 dosis de la vacuna Triple Vírica incluidas en PVA} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños nacidos cuatro años antes del periodo a evaluar}}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>$\geq 97\%$: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 95\%$: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

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

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación antigripal en personas ≥ 65 años
META	$\geq 75\%$
CÁLCULO	$\frac{\text{\% de cobertura de vacunación antigripal en personas } \geq 65 \text{ años en la campaña de vacunación de la gripe (Octubre 2023 - Marzo 2024)}}{\text{Población diana (denominador)}}$
PERIODICIDAD	Mensual. Periodo Octubre 2023 - Marzo 2024
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Numerador: Personas de la población diana a las que se ha realizado la vacunación de la gripe dentro de la campaña</p> <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>La evaluación de la campaña será la correspondiente al periodo Octubre - Marzo</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>$\geq 75\%$: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 60\%$: 0% de los puntos</p> <p>Los resultados entre el 60 y el 75% se evaluarán mediante una función de valor</p>

3.2.6.4. % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 72 años y/o Covid con hospitalización

OBJETIVO	Incrementar el % de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 72 años y/o Covid con hospitalización
META	$\geq 40\%$
CÁLCULO	$\frac{\text{\% de cobertura de vacunación neumocócica en personas entre 60 y 72 años y/o Covid Grave}}{\text{Población diana}}$
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria



FUENTE DE INFORMACIÓN	Modulo de vacunación
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Personas de la población diana a las que se ha realizado la vacunación del neumococo (Prevenar 13) en cualquier momento anterior a la fecha del fin de periodo Población diana (denominador): Las personas que al final del periodo evaluado (desde el 1 de Enero al final del mes correspondiente) tengan entre 60 y 72 años y /o hayan sido considerados como Covid con hospitalización (personas que hayan sido hospitalizados con diagnóstico Covid), estén activos en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 40%: 100% de los puntos <= 20%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.7. ÁREA DE CRIBADOS

3.2.7.1. % 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 2023 al programa de cribado X 100 / Mujeres susceptibles de ser invitadas en el 2023
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Nuevo aplicativo del programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM), BPS, PDI
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Cribado cada dos años Numerador: Mujeres de la población diana a las que se ha asignado una cita para una mamografía de cribado para la detección precoz de cáncer de mama en el periodo Población diana (denominador): Mujeres nacidas entre 1953 y 1972 ambos incluidos, es decir que cumplan de 50 a 69 años durante 2023, susceptibles de ser invitadas y que al final del periodo estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía. Este denominador será proporcionado por el programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 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

3.2.7.2. % de mujeres con citología de cuello uterino

OBJETIVO	Incrementar el % de mujeres con citología de cuello uterino
META	>= 25%
CÁLCULO	% de mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una citología
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria



FUENTE DE INFORMACIÓN	Módulo de citación (Consultas para la detección precoz de cáncer de cérvix)
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	<p>Cribado oportunista. Citología cada tres años</p> <p>Numerador: Mujeres de la población diana a las que se ha realizado una citología en el periodo evaluado</p> <p>Población diana (denominador): Mujeres nacidas entre 1959 y 1998 ambos incluidos, es decir que cumplan de 25 a 64 años durante 2023, y que al final del periodo estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía</p> <p>Quedarán excluidas las mujeres que hayan tenido un cáncer de cervix y aquellas que tuvieron una consulta con la tarea específica de detección precoz de cáncer de cérvix en los dos años anteriores</p>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>$\geq 25\%$: 100% de los puntos</p> <p>$\leq 12\%$: 0% de los puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>

3.2.7.3. % de participación en programa de cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal

OBJETIVO	Incrementar el % de participación en el cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal
META	$\geq 45\%$
CÁLCULO	Personas con invitación aceptada X 100 / población diana
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	Sistema de información para la Detección Precoz del Cáncer Colorectal
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
ACLARACIONES	<p>Cribado bienal</p> <p>Personas invitación aceptada: Son las personas con invitación válida en el periodo que han remitido la aceptación al Distrito correspondiente</p> <p>Población diana (denominador): Personas nacidas entre 1954 y 1973 ambos incluidos, es decir que cumplan de 50 a 69 años durante 2023, susceptibles de ser invitadas, y que al final del periodo estén activas en BDU y tengan su residencia habitual en Andalucía</p> <p>Quedarán excluidas de la Población Diana, las personas diagnosticadas de Cáncer Colón, Crohn o Colitis Ulcerosa, así como por actividad de cribado el año anterior. Se excluirán todos los estados salvo 1, 2 y 17 y 25, cuya fecha de inicio esté contenido en el año anterior. Descripciones de los estados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pendiente enviar primera invitación 2 Pendiente enviar invitación sucesiva 3 Pendiente respuesta de invitación 4 Pendiente respuesta de invitación con recordatorio 5 Pendiente enviar kit 6 Pendiente devolver kit 7 Pendiente devolver kit con recordatorio 8 Pendiente de datos de laboratorio 9 Pendiente comunicar resultado prueba incompleta 10 Pendiente comunicar resultado PSOH negativo 11 Pendiente comunicar PSOH positivo



	12 Pendiente comunicar PSOH positivo NO SSPA 15 Pendiente cita enfermería en distrito 18 Pendiente asistir cita enfermería 14 Pendiente programar cita colonoscopia 19 Pendiente asistir cita colonoscopia 20 Pendiente recitar por el hospital 21 Pendiente de programar colonoscopia 22 Pendiente datos de colonoscopia 13 Pendiente comunicar resultado colonoscopia negativa 23 Pendiente comunicar resultado colonoscopia riesgo bajo 24 Pendiente comunicar resultado colonoscopia riesgo medio 16 Finalizado 17 Excluido 25 Caducado
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 45%: 100% de los puntos <= 35%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

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

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

3.2.8. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

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

OBJETIVO	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)
----------	--



META	$\geq 70\%$
CÁLCULO	DDD biosimilares dispensados en recetas X 100 / DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitarias
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	AGS: Incluye Recetas de atención primaria y atención hospitalaria
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 70\%$: 100% de los puntos $< 60\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

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

OBJETIVO	Aumentar el % de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (adquisición hospitalaria)
META	$\geq 80\%$
CÁLCULO	DDD Medicamentos biosimilares utilizados en el hospital X 100 / DDD Medicamentos biológicos que tengan biosimilares utilizados en el hospital
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitarias
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	Este indicador se refiere a medicamentos de adquisición hospitalaria
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\geq 80\%$: 100% de los puntos $\leq 70\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.8.3. Ratio de prescripciones activas de los pacientes polimedcados

OBJETIVO	Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedcado
META	$\leq 11,25$ prescripciones/paciente polimedcado
CÁLCULO	Número de prescripciones de pacientes polimedcados/pacientes polimedcados
PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	Se consideran solamente las prescripciones realizadas mediante receta electrónica Un paciente polimedcado es aquel que tiene 10 o más prescripciones activas de medicamentos con una duración de tratamiento superior o igual a 120 días
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 11,25$ prescripciones/paciente polimedcado: 100% de los puntos $\geq 12,25$ prescripciones/paciente polimedcado: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.8.4. Índice de calidad de la prescripción

OBJETIVO	Mejorar la selección de los medicamentos, prescritos a través de recetas
META	≥ 80 puntos



CÁLCULO	Ver Anexo (*)
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 80 puntos: 100% de los puntos <= 40 puntos: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.8.5. Consumo de benzodiacepinas

OBJETIVO	Disminuir el uso de Benzodiacepinas (BZD) en la población andaluza
META	<= año anterior
CÁLCULO	El método de evaluación detallado abajo
SEGUIMIENTO	Mensual
CENTROS	Hospitales, Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	ATC BZD: N05BA, N05CD, N05CF, N03AE. Tasa de BZD: Nº DDD de BZD 2023/ Tarjetas ajustadas por edad y TSI. En la población andaluza se observa un consumo no proporcionado en el análisis por género
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<p>Para AP: (Tasa BZD 2023 - Tasa BZD 2022) <=0=75% puntos 25 puntos adicionales se repartirán de forma proporcional asignando el máximo a la Tasa total BZD 2023 más baja y 0 puntos a la tasa más alta Tasa de BZD de AP: Nº DDD distrito de BZD 2023/ Tarjetas ajustadas por edad y TSI</p> <p>Para AGS: (Tasa BZD 2023 - Tasa BZD 2022) <0=75% puntos 25 puntos adicionales se repartirán de forma proporcional asignando el máximo a la Tasa total BZD 2023 más baja y 0 puntos a la tasa más alta Tasa de BZD de AGS: (Nº DDD distrito de BZD 2023 + Nº DDD hospital de BZD 2023) / Tarjetas ajustadas por edad y TSI</p> <p>Para AH: (Nº DDD BZD 2023)-(Nº DDD BZD 2022)<=0=100 % puntos (Nº DDD BZD 2023)-(Nº DDD BZD 2022)>0=0% puntos</p>

3.2.8.6. Presión antibiótica para Primaria

OBJETIVO	Disminuir la presión antibiótica en la Atención Primaria
META	≤ 1
CÁLCULO	[DDD total antibióticos J01 / 1000 TIS-día del Centro (interanual de los 12 últimos meses)] / [Promedio DDD total antibióticos J01 / 1000 TIS-día Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria (enero a diciembre 2022)]



PERIODICIDAD	Mensual
CENTROS	Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	La falta de datos conllevará el incumplimiento del objetivo Los cálculos del denominador se realizarán en función del tipo de Distrito (rurales-periurbanos y urbanos-metropolitanos)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos $\geq 1,1$: 0% puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.8.7. Presión antibiótica para Hospitales

OBJETIVO	Disminuir la presión antibiótica en la Atención Hospitalaria
META	≤ 1
CÁLCULO	[DDD total antibióticos J01 y J02 / 1000 estancias del Centro (interanual de los 12 últimos meses)] / (Promedio DDD total antibióticos J01 y J02 / [1000 estancias Hospitales (Octubre 2021 - Septiembre 2022)])
PERIODICIDAD	Trimestral
CENTROS	Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria
FUENTE DE INFORMACIÓN	PIRASOA
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección de Farmacia y Prestaciones
ACLARACIONES	La falta de datos conllevará el incumplimiento del objetivo Los cálculos del denominador se realizarán en función del tipo de hospital
MÉTODO DE EVALUACIÓN	≤ 1 : 100% de los puntos $\geq 1,1$: 0% puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.9. RED ANDALUZA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL, TEJIDOS Y CELULAS

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

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



3.2.9.2. % de Concentrados de Hematíes (CH) caducados

OBJETIVO	Disminuir el porcentaje de caducidad de unidades de CH
META	$\leq 1,5\%$
CÁLCULO	$\text{N}^\circ \text{ de CH caducados} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de CH aptos producidos}$
SEGUIMIENTO	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	$\leq 1,5\%$: 100% de los puntos $> 2,5\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



3.2.9.3. % de incremento de la producción de tejido óseo

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

3.2.9.4. % de Donaciones de Sangre desechadas

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

3.2.9.5. % de unidades de mezcla de plaquetas caducadas

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

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

OBJETIVO	Obtener donantes de médula ósea tipados según el Plan Nacional de Donantes de Médula Ósea
META	≥ 200 por millón h.



CÁLCULO	Nº de donantes de médula ósea X 1.000.000 / Nº de habitantes
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 200 por millón h.: 100% de los puntos <= 100 por millón h.: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.9.7. Ratio unidades de plasma y CH transfundidos

OBJETIVO	Adecuar la utilización de plasma transfundido
META	<= 10
CÁLCULO	Nº de unidades de plasma transfundidas X 100 / nº de unidades de CH transfundidos
PERIODICIDAD	Semestral
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	HEMOCENTER
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<= 10: 100% de los puntos >= 11: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

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

3.2.10.1. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Transfusión

OBJETIVO	Participación en las Comisiones Hospitalarias de Transfusión
META	= 100%
CÁLCULO	Nº de comisiones en las que participan X 100 / Nº de comisiones convocadas
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	= 100%: 100% de los puntos <= 50%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.10.2. % de participación en las Comisiones Hospitalarias de Trasplantes

OBJETIVO	Participación en las comisiones hospitalarias de trasplantes
META	= 75%
CÁLCULO	Nº de comisiones en las que participan X 100 / Nº de comisiones convocadas
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC



FUENTE DE INFORMACIÓN	Actas
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de la RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	= 75 %: 100% de los puntos <= 50%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

3.2.10.3. Tasa de notificaciones adversas transfusionales por 1.000 componentes transfundidos

OBJETIVO	La RAMTTC establecerá una política de registro, seguimiento y estudio de las reacciones adversas de la transfusión
META	>= 3%
CÁLCULO	$(\text{N}^{\circ} \text{ Reacciones adversas año actual}) \times 1000 / (\text{N}^{\circ} \text{ de unidades de hematíes} + \text{plasma} + \text{plaquetas transfundidas en el año actual})$
PERIODICIDAD	Anual
CENTROS	RAMTTC
FUENTE DE INFORMACIÓN	Sistema de Hemovigilancia
UNIDAD INFORMANTE	RAMTTC
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 3%: 100% de los puntos <= 2%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor



(*) ANEXO OBJETIVO 3.2.8.4. Índice de calidad de la prescripción

DESCRIPCIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN	CÁLCULO	MÍNIMO	META	PUNTOS PARA AP Y AGS	PUNTOS PARA AH
SELECCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)	%DDD OMEPRAZOL/DDD IBP	≥75%	≥87%	41	42
REDUCCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE ACCIÓN LENTA INDICADOS EN EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DE LA ARTROSIS (SYSADOA: CONDROITIN, GLUCOSAMINA Y CONDROITIN CON GLUCOSAMINA)	100* ((Nº DDD SYSADOA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2022) - (Nº DDD SISADOA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2023))/(Nº DDD SYSADOA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2022)	≥50%	≥75%	22	22
USO DE ANTIDEPRESIVOS DE PRIMERA ELECCIÓN (INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA ISRS)	%DDD ISRS/DDD ANTIDEPRESIVOS	Distritos	≥67%	Distritos	≥73%
		AGS	≥61%	AGS	≥66%
		Hospitales	≥48 %	Hospitales	≥59 %
17	17				
SELECCIÓN DE ESTATINAS	%UNIDADES DE DISPENSACIÓN SIMVASTATINA/UNIDADES DE DISPENSACIÓN DE ESTATINAS (EXCEPTO ATORVASTATINA ≥40 MG Y ROSUVASTATINA ≥20 MG)	≥50%	≥80%	14	15
SELECCIÓN DE INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)	%DDD CITALOPRAM, FLUOXETINA Y SERTRALINA/DDD ISRS	≥65%	≥74%	3	3
REDUCCIÓN DEL USO DE ESTATINAS EN PERSONAS DE ≥ 75 AÑOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA	% PACIENTES DE ≥75 AÑOS CON ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA	≤21%	≤16%	2	0
REDUCCIÓN DEL USO DE COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS: - NO JUSTIFICADAS ([ISRS] + [Otro ISRS o Antidepressivos triciclicos de acción serotoninérgica (clomipramina)] ó - COMBINACIONES CONTRAINDICADAS ([IMAO] + [ISRS o Antidepressivos tricliclicos])	100* ((NÚMERO DE PACIENTES CON LAS COMBINACIONES EN DICIEMBRE DE 2022- NÚMERO PACIENTES CON ESAS COMBINACIONES EN DICIEMBRE DE 2023)/ NÚMERO DE PACIENTES CON ESAS COMBINACIONES EN DICIEMBRE DE 2022))	≥50%	≥75%	1	1
				100	100





SERVICIO ANDALUZ DE SALUD CONTRATO PROGRAMA 2023

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