

# **RESUMEN - Ficha técnica de los Indicadores de los Acuerdos de Gestión 2019**

# GANAR EN SALUD

## 1. CAPTACIÓN DE OTRAS SITUACIONES DE ASISTENCIA (OSA)

<b>Finalidad</b>	Mejorar la captación desde nuestros Centros Sanitarios, de nuevos usuarios candidatos al reconocimiento de Asistencia Sanitaria
<b>Definición</b>	<p>Número de casos de usuarios registrados en SIP procedentes de modalidades de No acreditados, que se incluyen, en el período de tiempo en una modalidad ASU de solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• SN11: Derivado TS *</li><li>• SN7: Expediente en trámite</li><li>• SCS33: Solicitud ASU</li><li>• SCS36 ASU trámite otros</li></ul> <p>(*) Se excluyen los casos de registro en SN11: Derivado TS cuando caducan por no asistencia a la Cita con el TS.</p> <p>Se incluyen solo las situaciones de empadronamiento: 1 (empadronado) y 2 (No empadronado estancia de más de 1 mes)</p>

## 2. CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

<b>Finalidad</b>	Calcular del Riesgo Cardiovascular
<b>Definición</b>	<p>Porcentaje de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y obesidad en los que se ha registrado el RCV en el último año.</p> <p>Personas con algún factor de riesgo (HTA, tabaco, diabetes...) a las que se registra el score en la historia clínica.</p>

## 3. CONTROL DE LA DIABETES TIPO II

<b>Finalidad</b>	Mejorar el control de la diabetes
<b>Definición</b>	Porcentaje de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus 2 y Hb1Ac con la media de las muestras realizadas en los últimos 12 meses < 8 para mayores de 65 años y <7 para menores de 65 años, respecto al número de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus 2.

## 4. VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

<b>Finalidad</b>	Adaptar el plan de cuidados a las necesidades específicas de los pacientes
<b>Definición</b>	Porcentaje de pacientes con nivel de cronicidad 2 y 3 valorados con la Escala de Barthel. (% Pacientes valorados.

## 5. VALORACIÓN DE LA PIEL

<b>Finalidad</b>	Mejorar la salud a través de la prevención de infecciones y lesiones
<b>Definición</b>	Porcentaje de pacientes con registro de escala de Braden respecto pacientes dependientes (escala Barthel≤60)

## 6. VISITAS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y PALIATIVOS

<b>Finalidad</b>	Medir las consultas realizadas por el servicio de enfermería en el domicilio, con cita previa y sin cita, realizadas desde atención primaria, a pacientes crónicos de alta complejidad o paliativos (Nivel 3 de cronicidad) asignados en su ámbito
<b>Definición</b>	Tasa de consultas a domicilio, con cita previa y sin cita, a pacientes crónicos de alta complejidad o paliativos (Nivel 3 de cronicidad del SCP-CV) realizadas por el servicio de enfermería sobre la población asignada al ámbito.

## 7. TALLERES DE AUTOCUIDADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

<b>Finalidad</b>	Capacitar a las personas con condiciones de salud crónicas y cuidadoras para su autocuidado y autogestión de su proceso de enfermedad, con participación en la toma de decisiones y una mayor responsabilidad con su salud
<b>Definición</b>	Número de talleres realizados en el departamento de salud de: -Pacient Actiu (formación entre iguales) y -Bienestar emocional en atención primaria con salud mental y -Cuidadores/as de pacientes crónicos complejos y paliativos

## 8. MINIMIZAR REINGRESOS A 30 DÍAS

<b>Finalidad</b>	Monitorizar y reducir la recurrencia de hospitalizaciones por insuficiente resolución durante episodios previos
<b>Definición</b>	Porcentaje de reingresos urgentes, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio índice, con la misma CDM que el episodio índice

## 9. TASA DE FRACTURAS DE CADERA INTERVENIDAS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS

<b>Finalidad</b>	Reducir la demora en la intervención de las fracturas de cadera al estar asociada a un peor resultado en el tratamiento de la misma y mayores complicaciones.
<b>Definición</b>	Número de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas después del ingreso durante el periodo para el que se calcula el indicador sobre el número total de intervenciones de fractura de cadera durante el periodo para el que se calcula el indicador.

## 10. MINIMIZAR RETORNO A URGENCIAS A 72 HORAS

<b>Finalidad</b>	Detectar pacientes en los cuales no se ha instaurado un tratamiento adecuado o se han desarrollado complicaciones
<b>Definición</b>	Tasa de pacientes que vuelven a registrarse en urgencias a las 72 horas o antes desde su anterior registro en urgencias

## 11. PORCENTAJE DE CESÁREAS SOBRE PARTOS TOTALES

<b>Finalidad</b>	Mejorar la calidad de la asistencia favoreciendo los procedimientos menos invasivos y de menor riesgo siempre que sea posible.
<b>Definición</b>	Proporción, en %, de Cesáreas sobre los Partos Totales.

## 12. COBERTURA DE LA VACUNA ANTIGRI PAL EN MAYORES DE 64 AÑOS

<b>Finalidad</b>	Evaluar la adhesión al programa de vacunación antigripal en mayores de 64 años
<b>Definición</b>	Porcentaje de personas mayores de 64 años registradas como vacunadas en el sistema de información vacunal sobre el total de personas mayores de 64 años registradas en el sistema de información poblacional.

### 13. NÚMERO DE MUJERES QUE HAN PARTICIPADO EN EL CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

<b>Finalidad</b>	Fomentar la detección de casos de violencia de género en mujeres usuarias del Sistema Valenciano de Salud
<b>Definición</b>	Mujeres mayores de 14 años que han participado en el cribado de violencia de género del Sistema Valenciano de Salud.

### 14. VIGILANCIA POR PARTE DE LOS SERVICIOS DE MICROBIOLOGÍA DE LAS ALERTAS TIPO I POR RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

<b>Finalidad</b>	Evaluar el control de las resistencias bacterianas excepcionales clasificadas como tipo I por parte de los Servicios de Microbiología
<b>Definición</b>	Seguimiento por parte de los Servicios de Microbiología de donde procede la muestra/cepa correspondiente de las alertas por resistencias antimicrobianas tipo I identificadas por RedMIVA

# MEJORAR LA ATENCIÓN PRESTADA

## 15. INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR ALTA

<b>Finalidad</b>	Mejorar la información al paciente para la adaptación a su entorno tras el alta hospitalaria
<b>Definición</b>	Tasa de informes de cuidados por cada alta en el periodo de estudio

## 16. DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

<b>Finalidad</b>	Mejorar la seguridad del paciente durante su ingreso hospitalario
<b>Definición</b>	Porcentaje de pacientes con riesgo de caída en relación al número total de pacientes valorados en DOWTON

## 17. ÍNDICE DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

<b>Finalidad</b>	Optimizar la utilización de medicamentos eficientes y reducir la variabilidad en el abordaje terapéutico de las patologías prevalentes del ámbito ambulatorio, en todos los niveles asistenciales, con la finalidad de lograr un uso óptimo de los mismos.
<b>Definición</b>	Batería de 10 indicadores con objetivos específicos de mejora, distribuidos en tres dimensiones (nuevos medicamentos, hiperprescripción y selección de medicamentos) y ponderados de acuerdo con su contribución a la mejora global de la calidad de la prescripción.

## 18. TIEMPO DESDE RESULTADO POSITIVO EN EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES HASTA LA COLONOSCOPIA

<b>Nombre largo</b>	Tiempo desde comunicación de resultado positivo en el test de sangre oculta en heces (TSOHi) por parte de Atención Primaria hasta la realización de la colonoscopia
<b>Finalidad</b>	Reducir el tiempo de confirmación diagnóstica en el Programa de Prevención de Cáncer Colorectal
<b>Definición</b>	<p>Percentil 75 de días transcurridos desde la comunicación de TSOHi positivo en Atención Primaria y la realización de la colonoscopia. El tiempo se mide en días.</p> <p>Para el cálculo mensual del indicador se utilizará la información disponible en el momento del cálculo, de los casos detectados por el programa en los 12 meses anteriores al mes de obtención del indicador.</p>

## 19. TIEMPO DESDE SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA HASTA EL INICIO DEL TRATAMIENTO

<b>Nombre largo</b>	Tiempo desde la solicitud de la primera prueba para la confirmación diagnóstica de sospecha de cáncer de mama hasta el inicio del tratamiento
<b>Finalidad</b>	Reducir el tiempo transcurrido desde la confirmación diagnóstica de cáncer de mama hasta su tratamiento, mejorando el pronóstico.
<b>Definición</b>	<p>Percentil 75 de semanas transcurridas desde la solicitud de la primera prueba al hospital para la confirmación de la sospecha diagnóstica hasta el inicio de tratamiento (neoadyudante o quirúrgico). El tiempo se mide en semanas. Para el cálculo mensual del indicador se utilizará la información disponible en el momento del cálculo, de los casos detectados por el programa en los 12 meses anteriores al mes de obtención del indicador.</p>

## 20. CITA PARA PRIMERAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MENOS DE 48 HORAS

<b>Nombre largo</b>	Porcentaje de citas que esperan menos de 2 días para una visita en atención primaria
<b>Finalidad</b>	Mejorar la accesibilidad en las consultas de atención primaria como un componente de la calidad asistencial
<b>Definición</b>	Porcentaje de citas directas a demanda (Cita Previa, Avisos a Domicilio y Consultas sin cita) obtenidas antes de 2 días para los servicios de 'MFC', 'PAP' en el periodo para el que se calcula el indicador

## 21. MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE HOSPITAL Y CENTRO DE ESPECIALIDADES

<b>Finalidad</b>	Reducir el tiempo que deben esperar los pacientes para ser vistos en la consulta de atención especializada
<b>Definición</b>	Tiempo medio de demora estructural en consultas de Atención Especializada expresado en días

## 22. REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

<b>Nombre largo</b>	Demora media total en Intervenciones Quirúrgicas
<b>Finalidad</b>	Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica.
<b>Definición</b>	Promedio de días de demora de todas las solicitudes activas en LEQ en una fecha determinada (fecha de corte).



## 23. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES PALIATIVAS EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

<b>Finalidad</b>	Incrementar el uso de la escala NECPAL (independientemente de su resultado positivo o negativo)
<b>Definición</b>	% de pacientes en nivel 3 del SCP-CV con $\geq 1$ NECPAL cumplimentado (independientemente de que haya salido negativo o positivo) durante 2018.

## 24. MEJORAR LA CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL

<b>Descripción breve</b>	Acreditación y registro adecuado de las direcciones de los ciudadanos en el Sistema de Información Poblacional (SIP) evitando duplicidades
<b>Finalidad</b>	Mejorar el Sistema de Información Poblacional (SIP) en cuanto a registro de direcciones de los ciudadanos, la no generación de ciudadanos duplicados y estimular a los operadores de los centros para llevar a cabo la acreditación de los pacientes
<b>Definición</b>	Indicador sintético sobre la calidad del SIP que agrupa en un sólo indicador a tres indicadores de calidad monitorizados (Direcciones SIP, Altas de duplicados y Altas no acreditadas)

## 25. DISMINUIR LAS QUEJAS POR TRATO

<b>Finalidad</b>	Disminuir las quejas trato en la asistencia por departamento
<b>Definición</b>	Número de quejas por trato, percibidas por los ciudadanos

## 26. POTENCIAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

<b>Nombre largo</b>	Participación en la notificación y utilización de la información del Sistema de Información para el Registro de Notificaciones de Eventos Adversos – SINEA
<b>Finalidad</b>	Impulsar la participación de los departamentos en las mejores prácticas de notificación de eventos adversos y utilización de la información obtenida para el aprendizaje en seguridad del paciente.
<b>Definición</b>	Proporción de adecuación en los departamentos de la notificación de eventos adversos en relación con el estándar establecido, y del tratamiento y actuaciones derivadas de la información obtenida.

## 27. PARTICIPACIÓN EN INICIATIVAS DE CIRUGÍA SEGURA

<b>Finalidad</b>	Impulsar la participación de los departamentos en las mejores prácticas de seguridad quirúrgica de los pacientes impulsadas desde organismos internacionales (check list quirúrgico)
<b>Definición</b>	Proporción de intervenciones quirúrgicas en las que se aplica una lista de verificación de seguridad quirúrgica estandarizada y completada, respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas en los hospitales del departamento.

## 28. PUBLICACIONES EN REVISTAS DE IMPACTO

<b>Nombre largo</b>	Artículos publicados por el personal sanitario titulado del departamento en revistas científicas indexadas en el SCI y SSCI.
<b>Finalidad</b>	Incentivar la investigación en biomedicina, salud y áreas relacionadas, y la publicación de los resultados de investigación, entre el personal sanitario de los Departamentos de Salud.
<b>Definición</b>	Número de artículos indexados en el SCI y SSCI publicados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año en curso, que incluyan autorías de instituciones sanitarias del correspondiente Departamento de Salud. El valor de referencia se establece en función del personal sanitario titulado de cada Departamento de Salud y de si existe Instituto de Investigación Sanitario en el Departamento.

# ASEGURAR LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS (SOSTENIBILIDAD/EFICIENCIA)

## 29. ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (FIX)

<b>Finalidad</b>	Adecuar el gasto farmacéutico al estado de salud de la ciudadanía, es decir, que a la ciudadanía le sean prescritos los medicamentos que necesita en función de su estado de salud.
<b>Definición</b>	Diferencia entre el importe real y el importe teórico por paciente (proyección anual).

## 30. TERAPIAS DE ALTO IMPACTO

<b>Nombre Largo</b>	Eficiencia de las terapias en patologías de alto impacto con resultados en salud
<b>Finalidad</b>	Fomentar la utilización de las terapias que proporcionan la mejor relación entre resultados en salud y su coste global (coste por paciente respondedor).
<b>Definición</b>	Porcentaje de pacientes con tratamiento de menor coste por paciente respondedor (CPR) sobre el total de pacientes tratados con terapias para patologías monitorizadas a través de la herramienta PROTO (enfermedades dermatológicas, reumatológicas, del aparato digestivo, VIH, leucemia mieloide crónica y esclerosis múltiple).

## 31. EFICIENCIA EN LA INTERVENCIÓN DE ENDOPRÓTESIS

<b>Nombre largo</b>	Evolución de coste medio de intervención de endoprótesis ponderado
<b>Finalidad</b>	Adecuar el gasto en endoprótesis (productos que se implantan dentro del cuerpo), comparando el coste del año anterior con el vigente..
<b>Definición</b>	Cociente ponderado por grupo terapéutico entre el coste medio acumulado de prescripción de endoprótesis del periodo actual y el correspondiente del año anterior, ajustado a las variaciones de precio del catálogo.

### 32. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA

<b>Finalidad</b>	Adecuar el gasto en los medicamentos que se compran en los hospitales, comparando el coste del año anterior con el vigente.
<b>Definición</b>	Cociente entre el coste total acumulado de adquisiciones del periodo actual y el correspondiente del año anterior. Se expresa en porcentaje.

### 33. SEGUIMIENTO ADECUADO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

<b>Finalidad</b>	Mejorar el control de la gestión de la Incapacidad temporal
<b>Definición</b>	Días de baja en el periodo de estudio, respecto al número total de trabajadores con derecho a incapacidad temporal multiplicado por el número de días del periodo, todo ello referido a un ámbito de asignación (autonómico, provincial, departamento, centro, facultativo)

### 34. ADECUAR DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL A LOS ESTÁNDARES

<b>Finalidad</b>	Disminuir la variabilidad en la duración de la incapacidad temporal
<b>Definición</b>	Porcentaje de procesos de incapacidad temporal en que la duración se ajusta a la prevista en el estándar para los diagnósticos establecidos respecto al total de procesos de incapacidad temporal finalizados con duración estándar definida

### 39. IMPORTE VISADO HABITANTE

<b>Finalidad</b>	Racionalizar y normalizar la prescripción de productos farmacéuticos sometidos a visado de inspección.
<b>Definición</b>	Gasto farmacéutico por habitante de productos de visado prescritos a través de receta médica del departamento.

### 36. DESVIACIÓN DEL IMPORTE DE LOS CONSUMOS NETOS AJUSTADOS EN MATERIAL SANITARIO RESPECTO AL COSTE MÍNIMO PONDERADO DE LA CONSELLERIA (DCMIN)

<b>Descripción breve</b>	Desviación del importe de los consumos netos ajustados en material sanitario respecto al coste mínimo ponderado de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (DCMIN).
<b>Finalidad</b>	Determinar y, en su caso minimizar, la desviación del importe de los consumos netos ajustados en material sanitario en cada departamento (unidad operativa) respecto al importe de dichos consumos si éstos se hubieran realizado a coste mínimo ponderado de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
<b>Definición</b>	<p>Desviación del importe de los consumos netos ajustados en material sanitario con origen de consumo “Almacen” (pedidos de inventario) y origen de consumo “Recepción” (pedidos de gasto) de cada departamento (unidad operativa) respecto al importe de dichos consumos valorados a coste mínimo ponderado de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y que no correspondan a artículos de compra centralizada en el mes de cálculo del indicador.</p> <p>Se calcula mediante el cociente entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La diferencia entre el importe total de los consumos netos ajustados de material sanitario con origen de consumo “Almacen” (pedidos de inventario) y origen de consumo “Recepción” (pedidos de gasto) realizados en el mes x del año y el importe total de dichos consumos a coste mínimo ponderado de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</li> </ul> <p>El importe total de los consumos netos ajustados de material sanitario con origen de consumo “Almacen” (pedidos de inventario) y origen de consumo “Recepción” (pedidos de gasto) realizados en el mes x del año y valorados a coste mínimo ponderado de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>

### 37. PORCENTAJE DEL IMPORTE DE LOS CONSUMOS DE MATERIAL SANITARIO GESTIONADOS MEDIANTE PEDIDOS DE INVENTARIO (PGI)

<b>Descripción breve</b>	Porcentaje del importe de los consumos de material sanitario gestionados mediante pedidos de inventario (PGI).
<b>Finalidad</b>	<p>Mejorar la gestión de existencias del material sanitario y ampliar el alcance del inventario, adecuando el stock a las necesidades reales y evitando pérdidas y caducidades.</p> <p>Determinar y, en su caso maximizar, el porcentaje del importe de los consumos netos ajustados en material sanitario en cada departamento (unidad operativa) con origen de consumo “Almacén” respecto al importe total de los consumos en material sanitario, minimizando los consumos con origen “Recepción” y, por lo tanto, facilitando el control de existencias reales.</p>
<b>Definición</b>	<p>Se calcula, para cada departamento (unidad operativa), mediante el cociente entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El importe de los consumos netos ajustados de material sanitario gestionados mediante pedidos de inventario (origen de consumo “almacén”) realizados en el mes x del año y y</li> <li>- El importe total de los consumos netos ajustados de material sanitario realizados en el mes x del año y (consumos con origen “almacén” más consumos con origen “recepción”)</li> </ul>

### 38. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

<b>Descripción breve</b>	Evolución del gasto por remuneración de guardias y atención continuada
<b>Finalidad</b>	Reducir el gasto por remuneración de guardias y atención continuada
<b>Definición</b>	Porcentaje de variación interanual del gasto acumulado en guardias y atención continuada

### 39. INDICADOR DE FACTURACIÓN Y COBRO

<b>Descripción breve</b>	Proporción de episodios cobrados, apremiados o enviados/aceptados por el INSS respecto al total de asistencias facturables por la modalidad de aseguramiento o por el origen de la lesión/ situación
<b>Finalidad</b>	Incentivar la facturación y cobro de los procesos repercutibles a terceros, contribuyendo a la mejora de la sostenibilidad económica del sistema sanitario público
<b>Definición</b>	Es la suma de los cocientes entre el número de episodios cobrados, apremiados o enviados/aceptados por el INSS (según la información que COMPAS recoge de COBRA) sobre el número total de episodios facturables por la modalidad de aseguramiento o por el origen de la lesión/ situación del paciente para determinados tipos de lesiones/situaciones facturables: mutualistas, privados, accidentes de tráfico, accidentes de trabajo y resto de lesiones/situaciones facturables. Cada uno de estos cocientes se multiplica por un coeficiente de ponderación cuya suma es = 1