

**Sistema de
información de
asistencia
especializada:
Manual de
explotación
2001**

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Desarrollo

**Sistema de
información de
asistencia
especializada:
Manual de
explotación
2001**

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Madrid, 2001

DOCUMENTO ELABORADO POR:
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO

Dirección:

José Luis de Sancho Martín (Subdirector Gral. de Asistencia Sanitaria)
Francisco de Asis Jove Domínguez-Gil (Subdirector Gral. de Desarrollo)

Coordinación y edición:

M^a Angeles Gogorcena Aoiz (Jefe de Area de Sistemas de Información)

Colaboradores:

Agustín Albarracín Serra (Unidad del CMBD)
Fernando Bayo Navarro (Sección de Listas de Espera)
César Bienzobas López (Area de Análisis de la Información)
Dolores Ledesma Matamoros (Sección de Actividad - Cuadros de Mando)
Angel Molino González (Sistema de Información Cartera - Nuevos modelos)
M.^a Luisa Pulido Puente (Mapa de Recursos)
Julia Rubio Flores (Unidad de CMBD)
Noemí Saenz Bajo (Sistema de Información Cartera - Nuevos modelos)



Edita: © Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Servicio de Publicaciones y Biblioteca
C/ Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito Legal: M-55.035-2001
I.S.B.N.: 84-351-0354-4
N.I.P.O.: 352-01-020-1
N.º Publicación INSALUD: 1.800

Diseño de cubierta: Enrique Sánchez-Maroto Moraleda

Imprime: Solana e Hijos, A.G., S.A. Teléfono: (91) 610 90 06. B.º Fortuna - Leganés (MADRID)

ÍNDICE

ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	13
INDICADORES DE RECURSOS	19
INDICADORES DE ACTIVIDAD	23
Hospitalización	25
Actividad quirúrgica	26
Partos	28
Urgencias	29
Mortalidad	30
Consultas externas	31
Técnicas diagnósticas y terapéuticas no quirúrgicas	33
Hospital de día y resto de indicadores asistenciales.....	35
CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)	41
A: CMBD HOSPITALIZACION	
Cumplimentación y calidad.....	43
Análisis casuística y funcionamiento.....	46
Reingresos y mortalidad.....	49
Distribución de la casuística	50
B: CMBD ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA	
Cumplimentación y calidad	51
Análisis casuística atendida	51
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)	53
Indicadores de situación	55
Flujo de entradas salidas de LEQ.....	56
Análisis de salidas	58

	Pág.
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS Y TÉCNICAS (LECYT)	61
SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALES CON NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN ..	69
Recursos Humanos.....	71
Actividad para financiadores no Insalud.....	72
Calidad	73
Costes y seguimiento económico-financiero	74
 APÉNDICES:	
A: DEFINICIONES DE DATOS BÁSICOS:	
1. CIRCULAR 3/01 : ANEXO IV A y B: Datos de actividad y recursos de Atención Especializada (SIAE)	77
2. CIRCULAR 3/01 : ANEXO VII: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	103
3. CIRCULAR 3/01 : ANEXO V: Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)	113
4. CIRCULAR 3/01 : ANEXO VI: Lista de Espera de Consultas y Técnicas Diagnósticas (LECYT)	119
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES CON NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN: Anexo I.B.1 (Personal), Anexo I.B.2 (Absentismo), Anexo II.B (Actividad otros financiadores), Anexo III (Costes), Anexo IV (Satisfacción), Anexo V (Seguimiento Económico-Financiero)	125
 B. MODELOS DE INFORMES:	
1. MAPA DE RECURSOS: Distribución de recursos de Atención Especializada ...	149
2. MEMORIA DE ACTIVIDAD: Evolución mensual de datos e indicadores de actividad de Atención Especializada	153
3. CMBD: Indicadores de casuística y funcionamiento y distribución de las altas por GRD's	157
4. INFORME DE LEQ: Análisis de situación y evolución de la Lista de Espera Quirúrgica	165
5. INFORME DE LECYT: Análisis de situación y evolución de la Lista de Espera de consultas y técnicas diagnósticas	169

PRESENTACIÓN

La edición del presente *Manual de Explotación de los Sistemas de Información de Atención Especializada* persigue la finalidad de actualizar y recoger en un único documento tanto las definiciones de los datos básicos, que constituyen el substrato de la información, como el conjunto de procedimientos de transformación de los mismos que dan lugar a todos los productos de información de la Institución sobre esta importante área de actividad asistencial.

En esta su segunda edición, el manual incorpora importantes novedades, derivadas de la publicación de la nueva *Circular de Sistemas de Información*, circular 3/01 que, además de actualizar las instrucciones relativas a la cumplimentación y envío de información desde los hospitales, contiene los nuevos apartados de información sobre el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asistencia Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE), el Registro de Lista de Espera de Consultas y Técnicas Diagnósticas y el Sistema de Información sobre la Cartera de Servicios de Atención Especializada, lo que culmina todo un proceso de normalización e integración de la información asistencial.

Los nuevos anexos de información sobre Asistencia Especializada., a pesar de su breve trayectoria de explotación, tienen su correspondiente apartado de indicadores, contribuyendo a completar los contenidos del presente manual.

La excelente acogida que tuvo la primera edición y la escasez de documentación publicada al respecto, convierten este documento en una referencia en nuestro ámbito de trabajo, tanto para la divulgación de sus conceptos como para el análisis y la comparación de los resultados de actividad de Asistencia Especializada.

Con esta edición se ha querido consolidar una línea de trabajo orientada principalmente a la normalización de criterios en la elaboración de herramientas de información, integrando en los apartados de definición de indicadores de Asistencia Especializada, tanto la información relativa a la asistencia especializada *de hospitales concertados con Insalud*, como la de centros con nuevos modelos de gestión, así como otros datos básicos sobre recursos y personal, necesarios para la elaboración de indicadores.

Soy consciente de que la base de los productos de información, y por tanto la validez de los mismos, radica en la fiabilidad de los datos recogidos en el sistema, y por ello desde aquí deseo agradecer el esfuerzo de todos los profesionales que diariamente con

su trabajo contribuyen de una forma decisiva a la construcción de estos Sistemas de Información; sin ellos, no hubiera sido posible que este documento viera la luz.

Francisco de Asís Jove Domínguez -Gil
Subdirector General de Desarrollo

INTRODUCCIÓN

Los datos de filiación de los centros y las definiciones de los datos básicos necesarios para la elaboración de la información sobre recursos, actividad y demoras de la **Red de Hospitales del Insalud** se hallan regulados mediante Circular, en la cual se recogen y actualizan las normas de registro, cumplimentación, formato y plazos de envío de dichos datos, proporcionándose las definiciones y criterios necesarios para los procesos mencionados.

En la presente edición se han actualizado los **datos e indicadores** fruto de la explotación de los diferentes sistemas de información regulados por la última en vigor: **Circular 3/01 de Sistemas de Información**, en sus apartados de información sobre Asistencia Especializada; las definiciones de los datos básicos de dichos apartados se recogen a su vez en un apéndice de este documento (Apéndice A).

La última versión del Sistema de Información de Atención Especializada permite disponer, entre sus diferentes opciones de los siguientes productos de información:

MAPA DE RECURSOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A partir de la explotación de los datos básicos de estructura y recursos e integrando la información de cartera de servicios y de personal, el mapa de recursos recoge información sobre la dotación básica y cobertura, distribuida por CCAA y por Área, de los recursos de Atención Especializada.

SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA

Mensualmente, integrados en los cuadros de mando de seguimiento del contrato de gestión y al cierre del ejercicio en forma de memoria anual de actividad, se elaboran una serie de indicadores de actividad asistencial, con diferentes niveles de desagregación (Global, grupos de hospitales, Comunidad Autónoma, Provincia y por hospital), analizando las siguientes áreas de actividad:

- HOSPITALIZACIÓN
- ACTIVIDAD QUIRÚRGICA Y LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

- URGENCIAS
- ACTIVIDAD Y DEMORAS DE CONSULTAS EXTERNAS
- ACTIVIDAD Y DEMORAS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS
- HOSPITAL DE DÍA, HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y CUIDADOS PALIATIVOS
- ACTIVIDAD DE TRASPLANTES
- OTRAS ACTIVIDADES (Dispensación ambulatoria de fármacos, Oxigenoterapia, Diálisis, Tratamiento Hemofilia, etc.)

EXPLOTACIÓN DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)

El CMBD del Insalud contiene dos grandes grupos de datos, el CMBD-H cuya explotación se efectúa mediante la agrupación de las altas de hospitalización por GRD's (Grupos relacionados por el diagnóstico) y el CMBD-AAE, relativo a los procesos atendidos ambulatoriamente (recoge tanto los procesos con procedimientos quirúrgicos, como procedimientos dermatológicos y algunas técnicas diagnósticas y terapéuticas seleccionadas). En este ejercicio se han incorporado a este Conjunto de Datos los procesos atendidos en Hospital de Día.

La explotación, que se efectúa trimestralmente, incluye también indicadores de seguimiento del contrato de gestión de hospitales, que se integran en un informe de seguimiento del contrato de gestión de Atención Especializada. Además, tanto trimestralmente como al cierre del ejercicio en una memoria anual, se elaboran informes y se editan diversos documentos, que abarcan los siguientes análisis:

- DATOS GENERALES DE CUMPLIMENTACIÓN Y CALIDAD DEL CMBD (tanto de hospitalización como de Atención Ambulatoria)
- INDICADORES DE CASUÍSTICA Y FUNCIONAMIENTO
- ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA
- ESTANCIAS PREOPERATORIAS
- ANÁLISIS DE LOS 25 GRD'S MAS FRECUENTES
- FRECUENCIA Y EVOLUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA Y DE TÉCNICAS ESPECIALES

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Los datos de Lista de Espera Quirúrgica son explotados mensualmente; además de integrarse también en los informes y cuadros de mando de seguimiento del contrato de gestión para la evaluación de los indicadores relacionados con la actividad quirúrgica y de LEQ, el sistema de información de LEQ proporciona informes específicos (también

con diferentes niveles de desagregación: global, grupos, CCAA, Provincia, Hospital y Servicio), con el análisis de los siguientes apartados:

- CUMPLIMENTACIÓN Y CALIDAD
- DATOS DE SITUACIÓN Y ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA LEQ
- GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA Y ANÁLISIS DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA Y SALIDAS DE LEQ
- ANÁLISIS DE LA LEQ POR SERVICIOS
- ANÁLISIS DE LOS 15 PROCESOS MÁS FRECUENTES DE LEQ

LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

Desde 1999 se viene trabajando en el diseño e implantación de un sistema de información basado en la explotación de un fichero de carácter individual donde cada registro recoja los datos relativos a cada paciente pendiente de una primera consulta; desde este año 2001 el sistema contempla también la inclusión de los pacientes pendientes de la realización de alguna de las siguientes pruebas: TC, RM, Ecografía o Mamografía.

Los datos se explotan mensualmente e incluyen, al igual que en la lista de espera quirúrgica, información sobre la calidad de los mismos, análisis de situación y características de los pacientes en espera, así como los movimientos de la lista (salidas, consultas o técnicas realizadas sin cita previa, etc).

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES CON NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN (SIFH)

La principal característica de este subsistema de información es el de la integralidad, ya que el principal objetivo del mismo es el de permitir la evaluación global de los hospitales que adopten dicho nuevo modelo de gestión, permitiendo el seguimiento de su actividad, comparar la misma con el resto de hospitales y efectuar la facturación de servicios de acuerdo a los conciertos que anualmente se suscriban con Insalud.

Así pues, el SIFH contempla la obtención de datos de recursos, actividad, Lista de Espera y CMBD con los mismos criterios de registro, cumplimentación y envío que el resto de hospitales de la red de Insalud, además de completar la información con los siguientes aspectos:

- DATOS SOBRE RECURSOS HUMANOS: Distribución por categorías y tipos de contrato.
- ABSENTISMO DEL PERSONAL DEL CENTRO
- ANÁLISIS DE COSTES

- CALIDAD EN SUS APARTADOS DE ATENCIÓN AL USUARIO, ACCESIBILIDAD, DEMORAS Y SATISFACCIÓN
- FINANCIACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CUENTA DE RESULTADOS

Los siguientes capítulos del documento contienen la gran mayoría de los indicadores analizados en los diferentes apartados mencionados de cada uno de los subsistemas y productos de información.

En un apéndice aparte (Apéndice A) se presentan las definiciones de los datos básicos de cada uno de los apartados, así como los criterios de registro, cumplimentación y envío.

Algunos modelos de informe habituales del sistema de información, con los indicadores correspondientes, se recogen en otro apéndice de este documento (Apéndice B).

RECURSOS

CAMAS

CAMAS INSTALADAS: Número de camas hospitalarias que constituyen la dotación fija del centro, aunque no estén en servicio por falta de personal o de equipamiento, por obras, o por no ser necesarias en función de la demanda asistencial.

CAMAS POR 1000 HABITANTES: Camas instaladas sobre población asignada al centro.

Cálculo:

$$\frac{\text{Promedio de camas instaladas (período)}}{\text{Número de habitantes de la población asignada}} * 1000$$

CAMAS FUNCIONANTES: Camas hospitalarias realmente en servicio durante el período (mes), hayan estado o no ocupadas durante ese tiempo. No se contabilizan entre ellas las camas habilitadas o supletorias independientemente de que sí se impute al área correspondiente la actividad que se genera en dichas camas.

Cálculo:

Promedio diario de camas instaladas en servicio (período)

QUIRÓFANOS

QUIRÓFANOS INSTALADOS: Número de quirófanos que constituyen la dotación fija del centro, aunque no estén en servicio por falta de personal, equipamiento, obras o por no ser necesarios en función de la demanda asistencial. No se considerarán los convertidos por obras en salas de exploración u otros servicios.

EN FUNCIONAMIENTO: De los instalados, los que realmente se han utilizado para actividad quirúrgica durante ese mes por disponer de la dotación completa.

QUIRÓFANOS PROGRAMADOS: De los funcionantes, el promedio de los dedicados a actividad quirúrgica programada durante ese mes.

Cálculo:

Promedio diario de Quirófanos Programados Funcionantes

HOSPITAL DE DÍA

ONCOHEMATOLÓGICO, SIDA: Puestos específicamente dotados y destinados a tratamientos diurnos (menos de 12 horas) en hospital de día para pacientes con procesos oncohematológicos o infectados por el VIH.

GERIÁTRICO, PSIQUIÁTRICO: Número máximo de pacientes (plazas) a los que puede atender diariamente el hospital de día con arreglo a su dotación de recursos físicos y humanos, suponiendo tratamientos a jornada completa.

MÉDICO-QUIRÚRGICO: Puestos específicamente dotados y destinados para otros tratamientos médicos no especificados anteriormente para la atención ambulatoria a pacientes a los que se les haya realizado un procedimiento quirúrgico, respectivamente.

EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO (técnicas diagnósticas y terapéuticas)

Se recoge la totalidad de equipos instalados en el hospital y en los CEP de cada uno de los enumerados:

Ecógrafos Servicio Radiodiagnóstico
Ecógrafos Servicio Cardiología
Ecógrafos otros servicios
Mamógrafos
TC Convencional
TC Helicoidal
Angiógrafos digitales
RM
Sala Convencional de Rx
Telemando Rx
Arco Multifuncioal de Rx
Equipo radioquirúrgico
Gammacámaras
Salas hemodinámica
Aceleradores lineales
U. de cobaltoterapia
Planificadores
Simuladores
Litotrictores

ACTIVIDAD

INGRESOS TOTALES EXTERNOS: Número de enfermos procedentes del exterior con orden de ingreso registrada en el servicio de Admisión, asignados a una cama de hospitalización.

Cálculo:

Total Ingresos Programados + Total Ingresos Urgentes

donde:

Ingresos programados: Pacientes ingresados con orden de ingreso programada, independientemente de si proceden de lista de espera o son de un servicio que no tiene demora de ingreso.

Ingresos urgentes: Pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencias o no. Se contabilizan también como urgentes los neonatos patológicos, los ingresos judiciales, los urgentes procedentes de consultas externas, los procedentes de Cirugía Ambulatoria que finalmente causan ingreso y todos los partos que no ingresan de forma programada.

INGRESOS TOTALES POR 1000 HABITANTES: Total de ingresos registrados en el hospital durante el período de estudio por población asignada.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total Ingresos Programados} + \text{Total Ingresos Urgentes}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

ESTANCIAS TOTALES: Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización a la hora censal (24 horas).

Cálculo:

Total Estancias registradas en el período de estudio.

ALTAS TOTALES: Se entiende por alta la salida de un enfermo previamente ingresado en el hospital, dejando de ocupar una cama de hospitalización en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga, etc.) o el estado del paciente (curación, mejoría, éxitus ...).

Cálculo:

Total Altas registradas en el período de estudio.

ESTANCIA MEDIA GLOBAL: Promedio de días de estancia de cada paciente ingresado.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estancias}}{\text{Total de ingresos}}$$

ÍNDICE DE OCUPACIÓN GLOBAL: Proporción de camas funcionantes ocupadas en el período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estancias}}{\text{Promedio de camas en funcionamiento} \times \text{num. días período estudio}} \times 100$$

ÍNDICE DE ROTACIÓN: Promedio de ingresos por cama funcionante para el período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de ingresos (Programados+Urgentes)}}{\text{Promedio de camas en funcionamiento}}$$

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

TOTAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Total de intervenciones (*) realizadas en el hospital durante el período de estudio.

Cálculo:

Suma de (Int. Prog.Hosp.+ Int. Urg.Hosp.+ Int. Amb.

donde:

Intervenciones programadas con hospitalización: (Int.Prog.Hosp) Intervenciones incluidas en la programación del quirófano realizadas a pacientes ingresados (ingreso pre y/o postquirúrgico).

Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización: (Int.Urg.Hosp.) Intervenciones no demorables en el tiempo y de realización inmediata, no incluidas en la programación realizadas a pacientes ingresados (ingreso pre y/o postquirúrgico).

Intervenciones quirúrgicas ambulatorias: (Int Amb.) Las realizadas sin ingreso pre ni postquirúrgico tanto programadas como urgentes.

(*) Se entiende por intervención todo acto quirúrgico realizado en quirófano (ambas condiciones deben cumplirse)

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR 1000 HABITANTES: Total de intervenciones realizadas en el hospital durante el período de estudio por población asignada.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de Intervenciones realizadas}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

RENDIMIENTO PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA: Media de intervenciones programadas realizadas al día por quirófano funcionando programado en el hospital durante el período de estudio (mes).

Cálculo:

$$\frac{(\text{Int. Prog. Hosp.} + \text{Int. Prog. Amb.})}{\text{Nº Quir. en Funcionamiento Programados} * 21}$$

donde:

Quirófanos en funcionamiento: Del total de quirófanos instalados en el hospital, el promedio de los que realmente se han utilizado para actividad quirúrgica durante el período de estudio (habitualmente el mes) por disponer de la dotación completa.

Quirófanos programados: De los funcionantes, el promedio de los dedicados a actividad quirúrgica programada durante ese mes.

PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS: Proporción de intervenciones programadas en el hospital durante el período de estudio que son suspendidas.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total Int.Quir.Suspendidas}}{\text{Total Int. Prog.Realizadas + Total Int. Quir.Suspendidas}} * 100$$

donde:

Intervenciones quirúrgicas suspendidas: (Int.Quir.Suspendidas) Aquellas intervenciones quirúrgicas programadas que por cualquier razón no se realizaron en la fecha en que inicialmente fueron previstas y tampoco se sustituyeron en la programación del quirófano.

PARTOS

TOTAL DE PARTOS DEL HOSPITAL: Número de partos atendidos en el hospital en el período.

Cálculo:

Número de partos por vía vaginal+Número de cesáreas

donde:

Partos vía vaginal: Número de partos atendidos por vía vaginal independientemente de la técnica

Número de cesáreas: Número de partos atendidos por vía abdominal

PARTOS TOTALES POR DÍA: Promedio diario de partos atendidos en el hospital durante el período de estudio mediante cualquier vía.

Cálculo:

$$\frac{\text{Número total de partos (vaginal+cesáreas)}}{\text{Número de días del período (mes/año)}}$$

PORCENTAJE DE CESÁREAS: Proporción de partos atendidos en el hospital que son resueltos mediante cesárea

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de cesáreas}}{\text{Total de partos atendidos (vaginal+cesáreas)}} * 100$$

URGENCIAS

URGENCIAS TOTALES: Número de enfermos atendidos y registrados en urgencias con independencia de si se ha producido o no su ingreso. Se excluyen las urgencias generadas por enfermos ya ingresados (partes de interconsulta urgentes).

URGENCIAS TOTALES POR 1000 HABITANTES: Total de urgencias atendidas por población asignada en el periodo de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total Urgencias Atendidas}}{\text{Población asignada (total habitantes)}} \times 1000$$

PORCENTAJE DE URGENCIAS INGRESADAS: Proporción de urgencias atendidas en las que se produce ingreso en el hospital.

Cálculo:

$$\frac{(\text{Total Urgencias Atendidas} - \text{Urgencias No Ingresadas})}{\text{Urgencias Atendidas}} \times 100$$

donde:

Urgencias no ingresadas: Número de urgencias atendidas y registradas que no generan ingreso hospitalario.

PRESIÓN DE URGENCIAS: Proporción de ingresos urgentes del hospital sobre el total de ingresos del período.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de Ingresos Urgentes}}{\text{Total de Ingresos (Programados+Urgentes)}} \times 100$$

URGENCIAS/DIA: Promedio diario de urgencias atendidas en el hospital durante el período.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total Urgencias Atendidas}}{\text{Número de días del período (mes/año)}}$$

ÉXITUS Y NECROPSIAS

TOTAL DE ÉXITUS: Corresponde a los fallecimientos ocurridos en el hospital durante el período estudiado (mes/año).

Cálculo:

Número de éxitus de hospitalización+ Número de éxitus en urgencias

donde:

Éxitus en hospitalización: Número de pacientes fallecidos durante la hospitalización.

Éxitus en urgencias: Número de pacientes fallecidos en el área de urgencias sin haber causado ingreso.

ÍNDICE DE MORTALIDAD: Referida a la proporción de éxitus ocurridos entre los pacientes hospitalizados en un período de tiempo.

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de éxitus de hospitalización}}{\text{Total de ingresos (*)}} * 100$$

donde:

Éxitus en hospitalización: Número de pacientes fallecidos durante la hospitalización.

Éxitus en urgencias: Número de pacientes fallecidos en el área de urgencias sin haber causado ingreso.

(*) El total de ingresos corresponde a la suma de ingresos programados y urgentes del período.

ÍNDICE DE NECROPSIAS: Proporción de fallecidos en el hospital a los que se les realiza necropsia tras el fallecimiento

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de necropsias}}{\text{Total de éxitus}} * 100$$

donde:

Necropsias: Se incluirán todas las realizadas a fallecidos en el hospital, independientemente del área de donde procedan, excepto las judiciales y las de los fetos muertos.

CONSULTAS EXTERNAS

TOTAL DE CONSULTAS: Número total de consultas (*) realizadas en el centro durante el período.

Cálculo:

Total de primeras consultas + Total de consultas sucesivas

donde:

Primeras consultas: Número de pacientes vistos en consulta (ver definición consulta) por primera vez en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto. Se consideran además primeras consultas todas aquellas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria sobre pacientes dados de alta por el médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito.

Consultas sucesivas: Todas aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen para revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior. Por tanto, tienen consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas y aún cuando, para facilitar los trámites al paciente, la cita se concierte a través del Centro de Salud.

Todas las modalidades de consulta se recogen para cada una de las siguientes especialidades y/o áreas de actividad:

ÁREA MÉDICA	ÁREA QUIRÚRGICA
Alergia Cardiología Dermatología Digestivo Endocrinología Geriátría Hematología M. Interna Nefrología Neumología Neurología Oncología Psiquiatría Rehabilitación Reumatología Otras	C. General Urología Traumatología ORL Oftalmología (*) Ginecología (*) C. Cardíaca C. Infantil C. Máxilofacial C. Plástica C. Torácica Neurocirugía Angiol. y C. Vascul.
Total Área Médica	Total Área quirúrgica
Área pediátrica	Área obstétrica

(*) De las consultas de Oftalmología se desglosan las de agudeza visual. De las consultas de Ginecología se desglosan las de despistaje de cáncer ginecológico y las de planificación familiar y reproducción humana

(*) Ver definición de consulta en el Apéndice A.1 de datos básicos (Circular 3/01 anexo IV).

TOTAL DE CONSULTAS POR 1000 HABITANTES: Total de consultas atendidas por población asignada en el período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de primeras consultas} + \text{Total de consultas sucesivas}}{\text{Población asignada (total habitantes)}} * 1000$$

RELACIÓN CONSULTAS SUCESIVAS / PRIMERAS: Índice consultas sucesivas y primeras consultas realizadas en el centro en el período estudiado.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de consultas externas sucesivas}}{\text{Total de consultas externas primeras}}$$

PORCENTAJE DE PRIMERAS CONSULTAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA: De entre las primeras consultas realizadas en el hospital y los CEP, aquellas que han sido solicitadas por Atención Primaria (en porcentaje).

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de consultas externas primeras procedentes de Atención Primaria}}{\text{Total de consultas externas primeras}} * 100$$

PACIENTES PENDIENTES DE PRIMERA CONSULTA: Número total de pacientes que se encuentran pendientes de ser vistos en una consulta primera al finalizar la jornada del último día del período (mes), para cada una de las especialidades reseñadas, tanto en el hospital como en los CEP.

De ellos se desglosa el número tanto por **tramos** (número de pacientes que esperan más de 60 días), como por tipo de cita, recogiendo el número de pacientes con **demora voluntaria** (citación electiva en una determinada fecha) o **médica** (programación de cita establecida por el facultativo).

DEMORA PROSPECTIVA: Promedio estimado de tiempo de espera (en días) para los pacientes pendientes de una primera consulta suponiendo una actividad de primeras consultas similar a la actividad media realizada en los últimos doce meses.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de pacientes pendientes}}{\text{Promedio mensual primeras consultas (12 últimos meses)}} * 30$$

DEMORA MÁXIMA PARA PRIMERA CONSULTA: Días naturales de demora que existen el último día del período (mes) para obtener una cita para una primera consulta con carácter no preferente (primer hueco no excepcional de la agenda) en la agenda con la mayor demora de la especialidad / hospital.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS NO QUIRÚRGICAS

ACTIVIDAD DEL PROPIO CENTRO: Número de estudios o procedimientos realizados al margen de su duración y del número de placas o registros realizados, tanto en el hospital como en los Centros de especialidades periféricos, para cada una de las técnicas incluidas en las siguientes áreas de actividad:

LABORATORIOS (Nº de pruebas)	BANCO DE SANGRE
Bioquímica	Nº de Pruebas analíticas
Hematología Analítica	Nº de Donaciones
Microbiología Clínica	Nº de Autotransfusiones
Inmunología	Nº de Transfusiones
Total Pacientes	– Concentrados de hematíes
RADIOLOGÍA (Nº de estudios)	– Plaquetas
Radiología simple	– Plasma
Rx. Digestivo	Nº de Aféresis
Rx. Genitourinario	– Donaciones
TC	– Terapéuticas
TC convencional	OTROS ESTUDIOS
TC helicoidal	Genética
RM	Nº de estudios
Ecografías servicio Rx	Nº de pacientes
Eco Doppler Rx	Densitometrías óseas
Mamografías	Gammagrafías
Despistaje Ca	Radioterapia
Resto mamografías	Cobaltoterapia
Rx. Intervencionista	Acelerador lineal
Est. Intervencionistas mama	Otros estudios
Neurovascular diagnóstica	Pacientes Nuevos
Neurovascular terapéutica	Sesiones
Vascular diagnóstica	Campos
Vascular terapéutica	Litotricias
Otros procedimientos	Endoscopias
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Colonoscopias
Citologías totales	Gastroscopias
Citologías vaginales	CPRE
Nº de Biopsias	Broncoscopias diagnósticas
Nº de punciones	Broncoscopias Terapéuticas
Totales	Ergometrías cardíacas
PAAF	Holter cardíaco

Nota: las definiciones y criterios de inclusión de cada técnica se hallan en el apéndice A.1 (definiciones de datos básicos (Circular 3/01 anexo IV)).

TASA DE UTILIZACIÓN / 1000 HAB: Número de estudios realizados (en determinadas técnicas) por cada 1000 habitantes de la población asignada al centro.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estudios realizados (propio centro+concertados)}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS SOLICITADOS POR ATENCIÓN PRIMARIA: De entre los estudios realizados, número de los solicitados directamente por Atención Primaria. No se contabilizarán los solicitados pero no realizados.

ACTIVIDAD EN CENTROS CONCERTADOS: Número total de cada una de las técnicas enviadas y realizadas en centros concertados durante el período de estudio.

EXPLORACIONES POR EQUIPO / DÍA HÁBIL: Promedio de estudios realizados por día hábil por cada equipo instalado para cada una de las técnicas.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estudios realizados (propio centro)}}{\text{Número de equipos instalados * Número días hábiles (\$)}}$$

donde:

(\\$) Se contabilizan 21 días para períodos mensuales y 244 para el anual.

EXPLORACIONES POR TURNO / DÍA HÁBIL: Promedio diario de estudios realizados en cada uno de los turnos establecidos para los equipos funcionantes, para cada una de las técnicas.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estudios realizados (propio centro)}}{\text{Número de equipos en funcionamiento (&) * Número días hábiles (\$)}}$$

donde:

(&) Se suman los equipos en funcionamiento de cada turno (mañana y tarde)

(\\$) Se contabilizan 21 días para períodos mensuales y 244 para el anual.

PACIENTES PENDIENTES: Número de pacientes en espera para cada una de las técnicas, ya sea citados o registrados en lista de espera o pendientes de citación.

Nota: para cada período se contabiliza dicho número al finalizar la jornada del último día del período.

Asimismo, el total de pacientes pendientes se desglosa tanto por **tramos** (número de pacientes que esperan más de 60 días), como por tipo de cita, recogiendo el número de pacientes con **demora voluntaria** (citación electiva en una determinada fecha) o médica (programación de cita establecida por el facultativo).

DEMORA MÁXIMA: Días naturales de demora que existen el último día del mes para obtener una cita para cada una de las pruebas con carácter no preferente en la agenda que tenga la demora máxima. Únicamente se registrará la demora extrahospitalaria (excluye la demora para pruebas solicitadas para pacientes ingresados).

TRATAMIENTOS HOSPITAL DE DÍA

NÚMERO DE TRATAMIENTOS EN HOSPITAL DE DÍA: Suma de los pacientes atendidos cada día a lo largo del período (mes), de forma ambulatoria en hospital de día para cada una de las modalidades de hospital de día existentes (Oncohematológico, SIDA, Geriátrico, Psiquiátrico, Medico-Quirúrgico).

donde:

Oncohematológico: Número de tratamientos farmacológicos o transfusiones administrados a pacientes VIH negativos, por procesos neoplásicos o hematológicos, realizados de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día del centro (suma de los pacientes atendidos cada día). Se excluyen otras atenciones como extracciones de sangre, curas etc.. Se excluyen los tratamientos por hemofilia.

SIDA: Número de tratamientos farmacológicos o transfusiones administradas a pacientes infectados por el VIH, realizados de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día del centro (suma de los pacientes atendidos cada día). Se excluyen otras atenciones como extracciones de sangre, curas etc.

Geriátrico: Suma de los pacientes atendidos cada día de forma ambulatoria en el hospital de día geriátrico para valoración geriátrica, rehabilitación o cuidados socio-sanitarios

Psiquiátrico: Suma de los pacientes atendidos cada día de forma ambulatoria en el hospital de día psiquiátrico para tratamiento psicológico o psiquiátrico o terapia ocupacional.

Médico: Suma de los pacientes atendidos cada día de forma ambulatoria en hospital de día médico, no especificados anteriormente.

Quirúrgico: Suma de las procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en hospital de día.

Nota: El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas. No se contabilizarán por tanto las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.)

TRATAMIENTOS/PUESTO MES: Promedio mensual de tratamientos realizados por cada uno de los puestos de hospital de día existentes para cada una de las modalidades (Oncohematológico, SIDA, Geriátrico, Psiquiátrico, Medico-Quirúrgico).

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

NÚMERO DE INGRESOS: Número de pacientes que entran en Programa de Hospitalización a Domicilio (\$)

(\$) Se entiende por paciente hospitalizado a domicilio el que está incluido en un programa de atención continuada a domicilio, tanto médica como de enfermería, prestada por personal de Atención Especializada.

ESTANCIA MEDIA GLOBAL: Promedio de estancias de los pacientes que han ingresado en el Programa en el período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estancias registradas}}{\text{Número de ingresos}}$$

donde:

Estancias: Suma de los días que ha permanecido cada paciente en el programa durante el período

CUIDADOS PALIATIVOS (*)

NÚMERO DE INGRESOS: Número de pacientes que entran en el programa durante el período

NÚMERO DE ALTAS: Número de pacientes que salen del programa durante el período.

ESTANCIA MEDIA GLOBAL: Promedio de estancias de los pacientes que han ingresado en el Programa en el período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de estancias registradas}}{\text{Número de ingresos}}$$

donde:

Estancias: Suma de los días que ha permanecido cada paciente en el programa durante el período

(*) Se refiere a unidades destinadas al cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento con intención curativa.

PORCENTAJE DE FALLECIMIENTOS EN DOMICILIO: Proporción de total de altas de pacientes, incluidos en el programa, que han fallecido en el domicilio durante el periodo.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de fallecimientos registrados}}{\text{Número de altas}} * 100$$

DIÁLISIS

PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: Número de pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de diálisis mediante la técnica de hemodiálisis, distinguiendo los tratados en el hospital o en centros concertados. No se incluyen los enfermos con insuficiencia renal aguda. Se recogen el promedio de enfermos dializados en el mes.

PACIENTES EN DIÁLISIS DOMICILIARIA: Promedio mensual de pacientes dializados en el domicilio. Incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal (la cual a su vez incluye la ambulatoria continua, con cambio automático, con cicladora y con cicladora de bajo volumen).

PACIENTES EN DIÁLISIS AMBULATORIA CONTINUA (CAPD): Promedio mensual de pacientes dializados en domicilio con diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD).

TASA DE UTILIZACIÓN DE DIÁLISIS: Número de pacientes dializados por 1000 habitantes para el periodo de estudio (mes).

Cálculo:

$$\frac{\text{Total Pacientes en Diálisis (Hospital+Concertados+Domiciliaria)}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS

PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: Promedio mensual de pacientes infectados por el VIH (*) en tratamiento con antirretrovirales.

(*) Se consignará el número de pacientes infectados por el VIH, incluidos el último día del mes en el fichero de pacientes activos a los que el Servicio de Farmacia del hospital suministra tratamiento antirretroviral.

PRIMERA DISPENSACIÓN PARA HEMOFILIA: Promedio de pacientes con primera dispensación (*) del el tratamiento para hemofilia (en el período de estudio, habitualmente mes).

(*) Ver definiciones en el apéndice A de datos básicos (Circular 3/01).

OTROS TRATAMIENTOS: Se identifican además los tratamientos de las siguientes entidades:

- Fibrosis Quística (mucoviscidosis)
- Neutropenia postquimioterápica en tratamiento con Factores Estimulantes de Colonias.
- Anemia postquimioterápica en tratamiento con Eritropoyetina.
- Anemia por insuficiencia renal en tratamiento con Eritropoyetina.
- Enfermedad de Gaucher en tratamiento con Alglucerasa.
- Hepatitis C crónica en tratamiento con Interferón alfa más Ribavirina.
- Hipertensión Pulmonar Primaria en tratamiento con Prostaciclina
- Esclerosis Múltiple recidivante en tratamiento con Interferón beta
- Otros pacientes externos en tratamiento (excepto hemofilia)

CAMAS CON SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA (S.D.M.D.U.): Promedio de camas con Sistema de Distribución de medicamentos mediante dosis unitarias (en el período de estudio, habitualmente mes).

TERAPIAS RESPIRATORIAS AMBULATORIAS CONCERTADAS

NÚMERO DE PACIENTES CON TERAPIAS RESPIRATORIAS CONCERTADAS: Promedio de pacientes en tratamiento para cada una de las siguientes modalidades de terapias respiratorias (en el período de estudio, habitualmente mensual):

- Oxigenoterapia (incluye con bala o cilindro, con concentrado, oxígeno líquido).
- Aerosolterapia (incluye normal y de alto flujo)
- Ventilación mecánica
- Tratamiento apnea del sueño

TASA DE UTILIZACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS: Número de pacientes en tratamiento por 1000 habitantes para cada una de las terapias respiratorias concertadas.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total pacientes con terapia respiratoria concertada}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

EXTRACCIONES Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

NÚMERO DE ÓRGANOS EXTRAÍDOS: Se contabiliza el número de órganos extraídos de cada tipo (*), entendiéndose por tal el número de piezas, durante el período de estudio.

(*) Riñón, Córnea, Corazón, Hígado, Médula ósea, Páncreas, Pulmón, Otros

donde:

Extracción renal: Número de donantes a los que se extrae exclusivamente riñones como órganos internos. La extracción es un procedimiento único independientemente del número de riñones extraídos.

Extracción multiorgánica: Número de donantes en los que la extracción incluye algún otro órgano interno además de los riñones.

Extracción multitejidos: Aquella en la que se realiza extracción de córneas, huesos largos (más de tres piezas), tejidos cardiovasculares (segmentos vasculares, válvulas cardíacas) y piel, de acuerdo a las demandas del banco de tejidos para mantener stock.

Extracción renal + multitejidos: Se recogen aquellos casos en que coinciden ambos tipos de extracciones; no se incluyen en el apartado "Extracción renal" ni en el apartado "Extracción multitejidos".

Extracción multiorgánica + multitejidos: Se recogen aquellos casos en que coinciden ambos tipos de extracciones; no se incluyen en el apartado "Extracción multiorgánica" ni en el apartado "Extracción multitejidos".

ÓRGANOS TRASPLANTADOS: Número de órganos trasplantados de cada tipo, diferenciando:

- Trasplante Renal
- Trasplante Cardíaco
- Trasplante Hepático
- Trasplante Médula Ósea
- Trasplante de córnea

**CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO
DE DATOS (CMBD)**

A) Fichero de Altas de Hospitalización (CMBD-H)

ALTAS CODIFICADAS: Se consideran como tal los registros del CMBD de hospitalización que tienen cumplimentado el campo del diagnóstico principal, excluyendo aquellos en los que no se puede identificar al paciente o el episodio clínico: sin número de historia, fecha de ingreso o fecha de alta en blanco, estancias negativas y edades negativas, así como todos aquellos registros duplicados o solapados.

ALTAS PROCESADAS: Se procesan todas las altas codificadas que no presentan datos erróneos en los campos que puedan inducir, a su vez, a errores de cálculo en los estadísticos de estancia media y edad. Se excluyen del proceso los registros que arrojan un cálculo de estancia superior a 999 días.

PORCENTAJE DE CODIFICACIÓN: Proporción de altas codificadas sobre las registradas por el hospital para el mismo período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de altas codificadas}}{\text{Total de altas del período}} * 100$$

donde:

Total de altas del período: Son las registradas en el Sistema de información de Atención Especializada (SIAE) para el período de estudio (ver apartado de actividad, más arriba).

MEDIA DE DIAGNÓSTICOS POR ALTA: Promedio, sobre el total de altas procesadas, de diagnósticos cumplimentados.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de diagnósticos}}{\text{Total de altas procesadas}} * 100$$

MEDIA DE PROCEDIMIENTOS POR ALTA: Promedio, sobre el total de altas procesadas, de procedimientos cumplimentados.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de procedimientos}}{\text{Total de altas procesadas}} * 100$$

PORCENTAJE DE GRD's INESPECÍFICOS: Proporción de altas procesadas cuya agrupación mediante los GRD's recae sobre uno de los GRD's considerados inespecíficos (*).

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de GRD's inespecíficos}}{\text{Total de altas procesadas}} * 100$$

donde:

(*) se consideran GRD's inespecíficos en la versión 14.1 de los AP-GRD's los siguientes:

468: Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal

469: Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta

470: No agrupable

476: Procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con diagnóstico principal

477: Procedimiento quirúrgico no extensivo no relacionado con diagnóstico principal.

PESO MEDIO: Promedio de los pesos (*) de las altas producidas en el período de estudio

donde:

(*) los pesos se obtienen de multiplicar el peso relativo (el utilizado originariamente en el sistema de facturación del Estado de Maryland (USA)) de cada GRD por el número de altas producidas en cada uno de ellos. Los pesos corresponden a la versión 14.1 de los AP.-GRD's.

Cálculo:

$$\frac{\sum (\text{peso relativo GRD}_n * \text{n}^\circ \text{ de altas GRD}_n)}{\text{Total de altas procesadas}}$$

ESTANCIA MEDIA (EM): Promedio de estancias para la totalidad de casos del hospital en el período de estudio (estancia media bruta). Se calcula también para cada tipo de alta: altas con GRD quirúrgico y altas con GRD tipo médico.

B) Ficheros de Asistencia Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE)

REGISTROS CODIFICADOS: Se consideran como tal los registros de AAE que tienen cumplimentado el campo diagnóstico principal, excluyendo aquellos en los que no se puede identificar al paciente o el episodio clínico ambulatorio, es decir, registros sin número de historia, con la fecha de intervención en blanco, o registros con edades negativas, así como todos aquellos registros duplicados.

De ellos cabe distinguir:

A) REGISTROS CON TÉCNICAS ESPECIALES (TE): Total de registros que contienen alguna de las siguientes técnicas diagnósticas y/o terapéuticas:

- Hemodinámica cardíaca
- Implantación, revisión y sustitución de marcapasos cardíaco
- Implante de desfibrilador
- Radiocirugía simple y fraccionada

B) REGISTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (CA): Total de registros codificados incluidos en el fichero con procedimientos no comprendidos en los de técnicas especiales de los cuales se distinguen los siguientes:

- Registros con procedimientos quirúrgicos
- Registros con determinados procedimientos dermatológicos
- Otros procedimientos

PORCENTAJE DE CODIFICACIÓN DE CA: Proporción de registros codificados que no contienen TE sobre los declarados por el hospital para el mismo período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de registros codificados como CA}}{\text{Número de procesos de CA del período}} * 100$$

donde

Número de procesos de CA del período: Número de procesos declarados en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) para el período de estudio.

PORCENTAJE DE CODIFICACIÓN DE TE: Proporción de registros codificados con alguna TE sobre las declaradas por el hospital para el mismo período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de registros codificados como TE}}{\text{Número de procesos de TE del período}} * 100$$

donde

Número de procesos de TE del período: Número de procesos declarados en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) para el período de estudio.

INDICADORES DE CASUÍSTICA Y DE FUNCIONAMIENTO

A) Fichero de Altas de Hospitalización (CMBD-H)

Los siguientes indicadores se obtienen con la base de datos depurada, tras la eliminación de los valores extremos(*) y mediante la comparación de cada hospital con el grupo de hospitales(**) al que pertenece, excepto los hospitales del grupo 5 que se comparan con respecto al total del Insalud.

donde:

(*): Los **valores extremos** son los casos con estancia 0 y aquellos cuyas estancias están por encima del valor del denominado "punto de corte", el cual se establece para cada uno de los GRD's de acuerdo con la siguiente fórmula: Percentil 75 + 1,5 * (diferencia entre Percentil 75- Percentil 25).

(**) El sistema de **clasificación de hospitales** agrupa la totalidad de hospitales de la red en 5 grupos, con las características siguientes para cada uno de dichos grupos: El **Grupo 1** agrupa pequeños hospitales comarcales con menos de 200 camas. El **Grupo 2** comprende los hospitales generales de área. En el **Grupo 3** se clasifican hospitales, en general de mayor volumen que los anteriores, que cuentan con algunos servicios de referencia. El **Grupo 4** está formado por los hospitales de mayor complejidad conocidos habitualmente como de "alta tecnología" y finalmente, el **Grupo 5** está integrado por hospitales monográficos y de larga estancia.

ALTAS HOSPITAL (ALTAS H): Número de altas del hospital del que se realiza el análisis, se distribuyen por GRD, mostrándose los 25 más frecuentes de cada hospital y el total.

ALTAS E (ALTAS E): Número de altas del estándar (grupo de hospitales; ver más arriba) con el que se compara el hospital, comparándose los mismos GRD's que en el hospital objeto de análisis.

PORCENTAJE DE CASOS EXTREMOS: Corresponde al número de casos, dentro de cada GRD con estancia superior al punto de corte respecto a la totalidad de casos en dicho GRD (en porcentaje).

ESTANCIA MEDIA HOSPITAL (EMH): Promedio de estancias para cada GRD, excluyendo los casos con valores extremos (ver más arriba).

Nota: La estancia media depurada se calcula para aquellos GRD's con mas de 7 casos.

ESTANCIA MEDIA E (EME): Promedio de estancias para cada GRD en el estándar de comparación.

Nota: Se calcula para los mismos GRD's del hospital objeto de análisis.

DIFERENCIA ESTANCIA MEDIA (DIF EM): Estancia media del hospital menos estancia media del estándar para cada uno de los GRD's.

ESTANCIAS EVITABLES (EST.EVIT): Número de estancias que podrían haberse evitado o ahorrado si la estancia media del hospital en ese GRD hubiera sido igual a la del estándar.

Cálculo:

$$\text{ALTAS H} * \text{DIF.EM}$$

Nota: si la estancia media del hospital es menor que la del estándar, aparecen con signo negativo y corresponden a estancias ahorradas.

Se presentan para cada hospital los GRD's (33 máximo) con mayor número de estancias evitables (aquellos en los que el hospital tiene un peor comportamiento que el estándar) junto con el total de estancias evitables positivas. Asimismo se listan los GRD's con estancias evitables negativas, junto con el total de estancias ahorradas.

INGRESOS POTENCIALES (ING.POTEN): Número de ingresos que podrían haberse evitado o que se han ahorrado con las estancias evitables/ahorradas (según proceda para cada GRD).

Cálculo:

$$\frac{\text{EST. EVIT}}{\text{EM E}}$$

donde:

EST.EVIT: total de estancias evitables
EM E: estancia media del estándar
Nota: calculado para cada GRD y para el total de altas procesadas

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR LA CASUÍSTICA DEL ESTÁNDAR (EMACe): Es la estancia media que hubiera tenido el hospital atendiendo a la casuística del estándar en lugar de a la propia.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (\text{EMH} * \text{ALTAS E})}{\text{TOTAL ALTAS E}}$$

donde:

$\Sigma (\text{EM E} * \text{ALTAS E})$: para cada GRD, se multiplica la estancia media del hospital para ese GRD por el número de altas del estándar en dicho GRD;
TOTAL ALTAS E: el producto se divide por el total de altas del estándar.

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTÁNDAR (EMAFe): Estancia media que hubiera tenido el hospital aplicando en cada GRD a sus propios casos la estancia media del estándar.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (\text{EM E} * \text{ALTAS H})}{\text{TOTAL ALTAS H}}$$

donde:

$\Sigma (\text{EM E} * \text{ALTAS H})$: para cada GRD, se multiplica la estancia media del estándar para ese GRD por el número de altas del hospital
TOTAL ALTAS H: el producto se divide por el total de altas del hospital

ÍNDICE DE COMPLEJIDAD (IC): Compara la casuística del hospital con la casuística del estándar. Es el cociente entre la estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar y la estancia media del estándar.

Cálculo:

$$\frac{\text{EMAFe}}{\text{EM E}}$$

donde:

EMAFe es igual a la casuística del hospital (CH) por el funcionamiento del estándar (FE) y **EM E** es igual a la casuística del estándar (CE) por su funcionamiento (FE), el cociente entre ambas es igual a **CH/CE**
 Un IC mayor a 1 indica una *mayor complejidad* (consumo de recursos) de los pacientes atendidos en el hospital.

ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA (IEMA): Compara, para la casuística del hospital, el funcionamiento del hospital con respecto al funcionamiento del estándar.

Cálculo:

$$\frac{EM H}{EMFe}$$

donde:

EM H: es igual a la casuística del hospital (CH) por su funcionamiento (FH) y la **EMAFe** es igual a la casuística del hospital (CH) por el funcionamiento de estándar (FE), el cociente entre ambas es igual a FH/FE, es decir comparación de funcionamientos:
 Un IEMA *mayor a 1* indica un *peor funcionamiento* del hospital con respecto al estándar para la casuística del hospital.
 Un IEMA *inferior a 1* indica un *mejor funcionamiento* del hospital con respecto al estándar.

DESCOMPOSICIÓN DE LA DIFERENCIA DE ESTANCIAS MEDIAS: Los indicadores anteriores permiten descomponer la diferencia entre la estancia media global del hospital y la del estándar en dos componentes: diferencia debida a la casuística y diferencia debida al funcionamiento

Cálculo:

$$(EM H - EM E) = (EMAFe - EM E) + (EM H - EMAFe)$$

donde:

(EM H - EM E): Diferencia total
(EMAFe -- EM E): Diferencia debida a la casuística
(EM H - EMAFe): Diferencia debida al funcionamiento
Nota: los componentes también se calculan porcentualmente

REINGRESOS HOSPITALARIOS

REINGRESOS: Total de pacientes que son dados de alta y vueltos a ingresar en un período de tiempo concreto.

donde:

Se considera **episodio inicial** al primer episodio de ingreso durante el año en curso y reingreso al siguiente o siguientes episodios de ingreso. Si un paciente presenta tres ingresos se considera un episodio inicial y dos reingresos

Nota: se calculan para períodos de 0-24 horas, 0-48 horas, 0-7 días, 0-30 días y más de 30 días.

REINGRESOS EN LOS 30 DÍAS SIGUIENTES POR PROCESOS RELACIONADOS (READMISIONES): Se contabilizan todos los reingresos en los que el período de tiempo transcurrido con respecto al episodio previo es menor o igual 30 días y que cumplan los siguientes criterios:

- Que el reingreso sea urgente
- Que la categoría diagnóstica mayor del reingreso sea igual a la del episodio previo
- Que el reingreso se produzca en los 30 días siguientes al alta del episodio previo.

PORCENTAJE DE REINGRESOS: Proporción de pacientes que sufren reingreso en las diferentes categorías de ingreso establecidas, sobre el total de altas del período de estudio.

OTROS INDICADORES

ESTANCIA MEDIA PRE-OPERATORIA: Promedio de estancias producidas entre las fechas de ingreso y las fechas de intervención en las altas quirúrgicas del período de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (\text{fecha intervención} - \text{fecha ingreso})}{\text{Total de altas quirúrgicas}}$$

donde:

El total de altas quirúrgicas comprende aquellas con GRD quirúrgico y que tienen cumplimentado el campo "fecha de intervención" y esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico (entre la fecha de ingreso y la de alta).

Nota: Se calcula también para los ingresos programados

ESTANCIA MEDIA POST- OPERATORIA: Promedio de estancias producidas entre las fechas de intervención y las fechas de alta para los episodios quirúrgicos de las altas registradas en el periodo de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (\text{fecha alta} - \text{fecha intervención})}{\text{Total de altas quirúrgicas}}$$

El total de altas quirúrgicas comprende aquellas con GRD quirúrgico y que tienen cumplimentado el campo "fecha de intervención" y esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico (entre la fecha de ingreso y la de alta).
Nota: Se calcula también para los ingresos programados

25 GRD's MÁS FRECUENTES POR HOSPITAL Y 25 GRD's DE MAYOR CONSUMO DE RECURSOS: Se presentan para cada agrupación (hospital, total Insalud) los 25 GRD's más frecuentes así como los 25 GRD's de mayor consumo de recursos

donde:

(*) El consumo de recursos de cada GRD se calcula multiplicando el número de altas producidas en un determinado GRD por el peso de dicho GRD obteniéndose un valor al que se denomina UCH's (Unidades de Complejidad Hospitalaria).

B) Fichero de Asistencia Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE)

DISTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS ESPECIALES: Se presentan para cada agrupación (hospital, tipo hospital, CCAA, Provincia y total Insalud) el número y porcentaje sobre el total de cada una de las técnicas objeto de registro:

- Implantación de marcapasos cardíaco (MP) permanente
- Revisión de MP excepto sustitución de generador
- Cateterismo cardíaco y/o arteriografía coronaria
- Angioplastia y valvuloplastia
- Desfibrilador automático
- Radiocirugía estereotáxica craneal

DISTRIBUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS MÁS FRECUENTES: Se presentan para cada agrupación (hospital, tipo hospital, CCAA, Provincia y total Insalud) agrupados por GRD's los 25 procedimientos más frecuentes efectuados ambulatoriamente en el período de estudio.

EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS SELECCIONADOS: Frecuencia (número de procedimientos) y diferencia con los años anteriores de cada uno de los procedimientos seleccionados:

<ul style="list-style-type: none">• Amigdalectomía• Cirugía de varices• Herniorrafia unilateral• Hallux valgus• Artroscopia• Legrado uterino• Extirp. tumor de mama• Orquidopexia• Repar. fistula/fisura anal• Septoplastia• Hidrocele• Ligadura de trompas	<ul style="list-style-type: none">• Cataratas• Fimosis• Herniorrafia bilateral• Drenaje quiste lacrimal• Cirugía hemorroidal• Excisión sinus pilonidal• Liberación de vainas• Extrac. material osteosíntesis• Colectectomía laparoscópica• Miringoplastia• Vasectomía
--	---

Nota: para finales del año 2001 se espera recoger y explotar en el fichero del CMBD-AAE los episodios atendidos en los puestos de **Hospital de Día** (ver definiciones de datos básicos en el apéndice A .2 (Circular de Sistemas de Información 3/01).

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

TOTAL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: Total de pacientes incluidos (*) en Lista de espera Quirúrgica (LEQ) a último día del mes/periodo de estudio.

(*) Se incluirán en este fichero todos los pacientes que se encuentren pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente para el cual el hospital tenga previsto utilizar el quirófano, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia.

LEQ SUPERIOR A 6 MESES: Número de pacientes con seis o más meses (*) de demora en Lista de Espera Quirúrgica a último día del mes/periodo de estudio.

(*) Los meses de demora se calculan como meses naturales transcurridos entre la fecha de inclusión en lista de espera y la fecha de corte (último día del periodo de estudio).

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR 1000 HABITANTES: Número de pacientes incluidos en Lista de espera Quirúrgica (LEQ) respecto a la población asignada:

Cálculo:

$$\frac{\text{Total pacientes en Lista de Espera Quirúrgica}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

DEMORA MEDIA: Promedio de días de demora de los pacientes en Lista de Espera Quirúrgica a último día del mes/periodo de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (Fecha corte - Fecha inclusión)}}{\text{Total de pacientes en LEQ}}$$

donde:

Fecha corte: ultimo día del mes/periodo de estudio
Fecha inclusión: Fecha de inclusión del paciente en Lista de espera

ENTRADAS EN LISTA DE ESPERA: Número de pacientes con fecha de entrada en LEQ durante el período de estudio (mes/año).

SALIDAS DE LISTA DE ESPERA: Número de pacientes que salen de la LEQ por cualquier motivo (*) durante el período de estudio (mes/año).

(*) motivos de salida de Lista de Espera Quirúrgica:

Bajas definitivas

- 1: Intervención quirúrgica en el propio Hospital, tras ingreso programado o mediante cirugía ambulatoria programada, en jornada ordinaria.
- 2: Intervención en el propio hospital por autoconcertación (en jornada extraordinaria)
- 3: Intervención en el propio hospital, tras ingreso urgente
- 4: Intervención en hospital de apoyo del INSALUD
- 5: Intervención en hospital concertado
- 6: Intervención por cauces ajenos al INSALUD
- 7: Defunción
- 8: Renuncia voluntaria a la intervención
- 9: Intervención pospuesta a petición del paciente (aplazamiento voluntario repetido, o por tiempo indefinido, o por tiempo superior a la demora máxima existente en ese momento)
- 10: Revisión médica de la indicación/exclusión por motivos médicos
- 11: Ilocalizable (se dará a un paciente como ilocalizable cuando se hayan realizado tres llamadas (una de ellas al menos por la tarde) sin respuesta y se haya enviado carta o telegrama de aviso, también sin respuesta al cabo de una semana del envío)
- 12: El paciente no acude a la cita
- 13: Detectada duplicidad
- 14: Otros
- 15: Intervención realizada por facultativos del hospital en otro centro en jornada ordinaria
- 16: Intervención realizada por facultativos del hospital en otro centro en jornada extraordinaria

Salida por Pérdida de antigüedad (actualizaciones de fechas de inclusión):

- 17: Aplazamiento de la intervención a petición del paciente
- 18: Aplazamiento por motivos médicos
- 19: Rechazo de la derivación a un centro concertado

ÍNDICE ENTRADAS/SALIDAS: Relación entre el número de entradas y el número de salidas registradas durante el período de estudio.

ENTRADAS POR 1000 HABITANTES: Número de pacientes que son incluidos en Lista de espera Quirúrgica (LEQ) respecto a la población asignada para un período determinado.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total Entradas en Lista de Espera Quirúrgica}}{\text{Población asignada al centro}} * 1000$$

ESPERA MEDIA (para las salidas): Promedio de días que han permanecido en Lista de Espera Quirúrgica los pacientes que han salido de la misma durante el período de estudio cualquiera que haya sido el motivo de salida.

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (Fecha salida - Fecha inclusión)}}{\text{Total de salidas de LEQ}}$$

donde:

Fecha salida: Fecha de salida de Lista de Espera
Fecha inclusión: Fecha de inclusión del paciente en Lista de espera

PORCENTAJE DE SALIDAS DE LEQ POR INTERVENCIÓN: Proporción de pacientes que salen de LEQ tras ser intervenidos .

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (M.Salida 1,2,3,4,5,15,16)}}{\text{Total de salidas de LEQ}} * 100$$

donde:

(M.Salida 1,2,3,4,5,15,16): motivos de salida por intervención; ver códigos más arriba (*)

PORCENTAJE DE SALIDAS DE LEQ POR DEPURACIÓN: Proporción de pacientes que salen de LEQ sin ser intervenidos (o que declaran haber sido intervenidos en centros ajenos a la red).

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (M.Salida 6 al 14)}}{\text{Total de salidas de LEQ}} * 10$$

donde:

(M.Salida 6 al 14): motivos de salida por depuración; ver códigos más arriba

(*) Desde mayo de 2001 no se incluye M. Salida 4.

PORCENTAJE DE SALIDAS DE LEQ POR ACTUALIZACIÓN FECHA: Proporción de pacientes que salen de LEQ por aplazamiento (*) de su intervención con actualización automática de su fecha de inclusión por dicha causa.

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (M.Salida 17,18,19)}}{\text{Total de salidas de LEQ}} * 100$$

donde:

(M.Salida 17,18,19): motivos de salida por aplazamiento intervención; ver códigos más arriba

(*) Aplazamientos indefinidos o superiores a la demora máxima del centro, a petición del paciente o por motivos médicos.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE LEQ EN HOSPITAL DE APOYO: Número de pacientes que salen de la Lista de Espera por intervención en hospital de apoyo del INSALUD

Cálculo:

$$\text{Suma (M.Salida 4) (*)}$$

donde:

(M.Salida 4): Motivo de salida número 4: Intervención en Hospital de apoyo

(*) Desde Mayo de 2001 se codifica con este motivo las derivaciones a otro hospital de la red se intervenga o no finalmente al paciente, por lo que el cálculo de intervenciones en hospital de apoyo se calcula a partir de la cuantificación de los pacientes cuya CI (circunstancia de ingreso sea la de D: Derivado desde otro hospital).

(**) para agregaciones por Provincia, Comunidad Autónoma y Global Insalud, se añaden los Motivos de Salida con códigos 15 y 16 (ver códigos motivos de salida más arriba).

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE LEQ EN CENTROS CONCERTADOS: Número de pacientes que salen de la Lista de Espera por intervención en hospital concertado por el INSALUD

Cálculo:

$$\text{Suma (M.Salida 5)}$$

donde:

(M.Salida 5): Intervención en Hospital concertado por Insalud

Nota: para estos dos últimos indicadores también se calculan los porcentajes sobre el total de salidas.

PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS PROCEDENTES DE LEQ: Proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que proceden de la Lista de Espera Quirúrgica

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (M.Salida 1,2,3)}}{\text{Total de Intervenciones Programadas}} * 100$$

donde:

(M.Salida 1,2,3): motivos de salida por intervención en el propio centro (para agregaciones por provincia, comunidad autónoma y global Insalud se añaden los códigos 4,15 y 16); ver códigos más arriba.

Total de Intervenciones Programadas: Suma de intervenciones programadas con Hospitalización más intervenciones programadas ambulatoria y de procedimientos individualizados (Ver definiciones en "actividad quirúrgica")

ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA EN INTERVENCIONES PROCEDENTES DE LEQ: Promedio en días de las estancias registradas en los pacientes intervenidos procedentes de Lista de Espera Quirúrgica desde su ingreso hasta el día de la intervención.

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (Fecha Salida – Fecha Ingreso)}}{\text{Total de salidas de LEQ con fecha de ingreso válida y MS= 1,2,3}}$$

donde:

Fecha salida: Fecha de salida de Lista de Espera (fecha de intervención)

Fecha ingreso: Fecha de ingreso en el hospital (se considera válida cuando es posterior a la fecha de inclusión e igual o menor que la fecha de salida)

MS= 1,2,3: Motivos de salida por intervención en el propio centro

**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTA DE
ESPERA DE CONSULTAS Y TÉCNICAS
(LECYT)**

TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA: Número total de pacientes pendientes de primera consulta o exploración (*) a último día del mes.

Cálculo:

Número de registros válidos (**) de los ficheros recibidos a último mes del estudio

- (*) Las **técnicas** incluidas en el registro de Lista de Espera son:
- Mamografía
 - Tomografía computarizada (TC)
 - Resonancia Nuclear (RN)
 - Ecografía (de cualquier localización) a realizar en el Servicio de Radiología
- (**) los registros con fechas de petición y fecha de cita **válidas:**
- fecha petición anterior o igual a la fecha de corte
 - fecha de cita posterior a la fecha de petición (activos)
 - fecha de cita posterior a la fecha de corte

PORCENTAJE DE REGISTRO: Proporción (en porcentaje) de registros válidos, de pacientes registrados como pendientes en el fichero LECYT sobre el total de pacientes declarados por el hospital para cualquiera de las técnicas objeto de registro y para primera consulta.

Cálculo:

Número de registros válidos de los ficheros recibidos el último mes del estudio
----- *100
Total de pacientes declarados por SIAE

donde:

Total de pacientes declarados por SIAE: Número de pacientes declarados por el hospital para cualquiera de las técnicas objeto de registro y para primera consulta

DEMORA MEDIA: Promedio de días de demora de los pacientes en Lista de Espera a último día del mes/periodo de estudio.

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (Fecha corte - Fecha petición)}}{\text{Total de pacientes en LE}}$$

donde:

Fecha corte: ultimo día del mes/periodo de estudio
Fecha petición: Fecha de inclusión del paciente en Lista de espera

ESPERA MEDIA ACTIVOS: Promedio de días que habrán de esperar en total los pacientes en lista de espera con cita en primer hueco libre.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (\text{FC (Fecha de Cita) - FP (Fecha de Petición)})}{\text{Total de pacientes con tipo cita 1}}$$

donde

Fecha cita: fecha en la que está establecida la cita para la primera consulta o para la realización de la prueba correspondiente
Fecha petición: Fecha de inclusión del paciente en Lista de espera o fecha de tramitación de la cita
Tipos de cita:
1. Cita en primer hueco libre
2. Aplazamiento voluntario en la fecha de la cita
3. Aplazamiento por motivos clínicos

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE CITA: Distribución de los pacientes (número y porcentaje) pendientes según la modalidad de tipo de cita (ver más arriba)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRIORIDAD: Distribución de los pacientes (número y porcentaje) pendientes según la modalidad de prioridad de la citación:

Prioridad:
1. Preferente
2. Normal

DISTRIBUCIÓN POR TRAMOS DE ESPERA: Distribución de los pacientes (número y porcentaje) con tipo de cita en primer hueco libre (tipo de cita=1), según el tiempo que transcurre entre la fecha de petición y la fecha de la cita.

donde:

Tramos de espera: en días
 de 0 a 15 días
 16 a 30
 31 a 60
 61 y 90
 90 y más días de espera

ENTRADAS EN LISTA DE ESPERA: Número total de peticiones de primeras consultas realizadas en el período de estudio (mes o acumulado anual).

Cálculo:

Número de registros con FP (fecha de petición) dentro del período de estudio (mes/año) hayan tenido o no salida de la Lista de Espera.

DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA: Número de pacientes derivados desde atención primaria y pendientes de consulta o exploración a último día de mes.

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de registros con campo DERIV="PRI"}}{\text{Total de pacientes pendientes}} * 100$$

Donde

DERIV: Código de la unidad o servicio que solicita la cita:
PRI: Cuando el paciente es remitido desde Atención Primaria
 Nota: ver resto de códigos en el apéndice de definición de datos básicos (Apéndice A-3)

SALIDAS DE LISTA DE ESPERA: Número de pacientes que salen de la lista de espera por cualquier motivo (*) durante el período de estudio (mes/año)

(*) Motivos de salida:
 1 (Actividad programada realizada en jornada ordinaria)
 2 (Actividad programada realizada en jornada extraordinaria)
 3 (Actividad sin cita previa)
 4 (Renuncia voluntaria)
 5 (Consulta / Prueba no realizada por no presentarse el paciente)
 6 (Aplazamiento de la cita a petición del paciente)
 7 (Aplazamiento cita por motivos debidos a la propia institución)
 8 (Traslado a centro concertado)
 9 (Cita errónea)
Nota: La actividad "sin cita previa" se refiere a aquellas consultas y exploraciones realizadas durante el tiempo asignado a esta actividad y en el que la atención a urgencias no está contemplada. Estos pacientes habitualmente no han tenido registro en el fichero de pacientes pendientes (se contabilizan como entradas y salidas en el mismo mes)

ÍNDICE ENTRADAS /SALIDAS: Número de entradas dividido por el número total de salidas (por cualquier motivo) producidas en el periodo de estudio (mes/año)

PORCENTAJE DE SALIDAS POR CONSULTA: Del total de salidas, proporción de las que lo han hecho tras mediar una consulta médica o la realización de la prueba

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (TIPSAL= 1, 2, 3) "}}{\text{Total de salidas de LE}} *100$$

donde

TIPSAL= 1, 2, 3 tipo de salida por consulta o realización pruebas; ver definición de códigos más arriba

PORCENTAJE DE SALIDAS POR DEPURACIÓN: Proporción de salidas en las que no ha mediado una consulta médica o la realización de la prueba

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (TIPSAL= 4, 5, 9)}}{\text{Total de salidas de LE (excepto TIPSAL 3, 6, 7, 8)}} *100$$

donde

TIPSAL= 4, 5, 9 tipo de salida sin mediar consulta o realización pruebas; ver definición de códigos más arriba

PORCENTAJE DE PRIMERAS CONSULTAS DECLARADAS: Proporción (en porcentaje) de salidas por consulta respecto a las declaradas en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) para el periodo de estudio (mes/año)

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (TIPSAL= 1, 2, 3)}}{\text{Total de primeras consultas de SIAE (**)}} *100$$

donde

TIPSAL= 1, 2, 3 tipo de salida por consulta o realización pruebas; ver definición de códigos más arriba
(**) Total de primeras consultas declaradas para el mismo periodo en SIAE

ESPERA MEDIA Promedio de días de espera de las salidas producidas en el periodo.

Cálculo:

$$\frac{\text{FS (Fecha de salida) - FP (Fecha de petición)}}{\text{Total de salidas (*)}}$$

(*) para registros con TIPCITA = 1

PORCENTAJE SALIDAS > 90 DÍAS: Proporción de salidas cuya espera ha sido superior a los 90 días (*)

(*) para registros con TIPCITA = 1

DISTRIBUCIÓN DE SALIDAS POR TRAMOS: Número y porcentaje de salidas (*) por tramos de espera (0 a 15, 16 a 30, 31 a 60, 61 a 90 y 91 y más días).

(*) para registros con TIPCITA = 1

DISTRIBUCIÓN DE SALIDAS POR PRIORIDAD: Número y porcentaje de salidas con prioridad preferente.

PORCENTAJE DE CONSULTAS (*) SIN CITA: Del total de salidas por consulta o realización de prueba, proporción de las que lo han hecho sin haber estado previamente citados en la Lista de Espera

Cálculo:

$$\frac{\text{Suma (TIPSAL= 3)}}{\text{Suma salidas (TIPSAL= 1, 2 y 3)}} *100$$

donde

TIPSAL= 3 Actividad (consulta o prueba) sin cita previa
(*) para primeras consultas y para cada una de las pruebas registradas

**SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL
SEGUIMIENTO ANÁLISIS Y EVALUACIÓN
DE LOS HOSPITALES CON NUEVOS
MODELOS DE GESTIÓN**

El Sistema de información para hospitales con nuevos modelos de gestión integra además de la información básica de actividad, CMBD y Lista de Espera Quirúrgica, datos de Recursos Humanos, Absentismo, Facturación de Actividad para financiadores externos al Insalud, Seguimiento económico, Calidad y Costes.

La información relativa a recursos, actividad, Lista de Espera y CMBD está integrada en los correspondientes subsistemas de información, por los que sus indicadores son comunes a los ya presentados para el conjunto de hospitales de la red, mientras que otros apartados constituyen partes específicas de este sistema de información.

Del conjunto de datos e indicadores que integran los informes de seguimiento del contrato de gestión y evaluación de estos hospitales y, que no son comunes al del resto de hospitales, se detallan a continuación los más importantes:

RECURSOS HUMANOS

TOTAL PERSONAL: Cuantifica (mensualmente) el número total de trabajadores del hospital, el número de trabajadores a tiempo completo y el número de trabajadores a tiempo parcial.

PERSONAL POR TIPO DE JORNADA: Distribución de trabajadores a tiempo parcial y a tiempo completo entre las diferentes categorías profesionales (*) (de acuerdo al número de trabajadores a último día del período de estudio).

(*) **Categorías profesionales:**

- **Grupo 0:** Equipo directivo de primer y segundo nivel
- **Grupo I:** Titulados Superiores sanitarios (médicos, farmacéuticos, químicos, etc) y responsables de unidades no asistenciales.
- **Grupo II:** Titulados Superiores no sanitarios (ingenieros, abogados, etc).
- **Grupo III:** Titulados de grado medio.
- **Grupo IV:** Titulados en Formación Profesional II, sanitarios o no sanitarios.
- **Grupo V:** Titulados en Formación Profesional I, sanitarios o no sanitarios
- **Grupo VI:** Auxiliares sin titulación.

TIPOS DE CONTRATACIÓN: Proporción de cada uno de los tipos de contratación (*) para el total del personal y para el personal a tiempo parcial y personal a tiempo completo.

(*) **Tipos de contratos:**

- **Personal laboral fijo:** Trabajadores bajo contrato laboral fijo suscrito por el propio centro.
- **Personal laboral no fijo:** Trabajadores bajo contrato laboral no fijo suscrito por el propio centro.
- **Otras contrataciones:** Personal bajo contrato no laboral (ejemplo: contrato mercantil)
- **Otras empresas:** Personal retribuido por otras empresas con las que el centro tenga suscrito un contrato de servicios.

ABSENTISMO LABORAL

PORCENTAJE DE DÍAS PERDIDOS: Expresa la proporción de días perdidos para cada mes sobre el total de días contratados.

ACUMULADO DE DÍAS PERDIDOS: Se calcula el número acumulado de días perdidos y porcentaje de días perdidos sobre el total de días contratados en el período de estudio (habitualmente desde Enero hasta el mes de estudio).

Nota: estos indicadores se calculan para cada categoría profesional, para cada grupo (ver más arriba) y para las diferentes causas de absentismo:

- Incapacidad transitoria (IT) por enfermedad común o accidente no laboral.
- IT por enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Maternidad.
- otras causas: vacaciones, matrimonio, etc.

PORCENTAJE ACUMULADO DE DÍAS DE BAJA SEGÚN CAUSA: Expresa, para cada categoría profesional y estratificado por causa, la proporción de días de baja registrados hasta el momento del estudio entre el total de días contratados hasta ese momento.

ACTIVIDAD PARA FINANCIADORES NO INSALUD

ACTIVIDAD MENSUAL: Número de prestaciones realizadas por el centro para otros financiadores ajenos al INSALUD, para cada uno de los tipos de prestación (ver Apéndice A.5 de datos básicos y definiciones, anexo II).

ACUMULADO DE ACTIVIDAD: Número acumulado de cada una de las prestaciones realizadas por el hospital y para cada uno de los tipos de financiadores ajeno al Insalud (*)

(*) Entidades adscritas a la administración, Empresas colaboradoras, Accidente Laboral, Accidente de tráfico, Particulares, Convenios Internacionales, Penitenciarias, Entidades de Seguro Libre.

ACUMULADO ACTIVIDAD INSALUD: Del total de actividad realizada por el centro hasta el mes de estudio, se excluye la realizada para otros financiadores ajenos al INSALUD. El resultado se compara con la actividad pactada para el año para evaluar el cumplimiento (en porcentaje) del pacto.

SATISFACCIÓN-CALIDAD:

RECLAMACIONES Y FELICITACIONES: Número de reclamaciones y felicitaciones recibidas (en el mes y acumulado del período) sobre los diferentes aspectos y en las diferentes áreas del hospital:

- Estructura: limpieza, habitabilidad, señalización, cocina, lencería, transporte y otros)
- Administración y Organización: normas, información recibida, citaciones, cobros, sustracción objetos, otros.
- Asistencia: lista espera, demoras, denegación asistencia, trato personal, incumplimiento horarios, disconformidad asistencia, información clínica, otros.

PORCENTAJE DE RECLAMACIONES CONTESTADAS EN MENOS DE 30 DÍAS: Proporción de reclamaciones resueltas y contestadas por escrito, en un plazo inferior a 30 días desde el momento de su presentación por el usuario, sobre el total de reclamaciones presentadas (se calcula para cada mes y para el período acumulado de estudio).

Nota: Desde 2001 los indicadores de calidad del hospital se evalúan junto con el resto de hospitales de la red de INSALUD, siendo objeto de seguimiento, por parte de los Sistemas de Información, únicamente las reclamaciones y felicitaciones, que son monitorizadas mensualmente.

COSTES:

Se determinan en miles de pesetas y Euros los costes de Servicios Finales y Servicios intermedios del hospital (*), distinguiendo los siguientes componentes:

- Costes **directos** o propios: los directamente asignados a dichos servicios por los gestores de gasto siguiendo la metodología de contabilidad analítica del proyecto Signo de Insalud: Personal, Suministros Sanitarios, Farmacia, Suministros no sanitarios y otros.
- Costes **indirectos** o repercutidos: los imputados o facturados por otros servicios.
- Costes **estructurales:** los imputados directamente a cada servicio de forma estimativa de acuerdo a diferentes criterios: volumen de actividad, superficies, etc...

(*) Se individualizan los siguientes **servicios funcionales finales**: Área Médica, Área-Quirúrgica, Área de Traumatología, Ginecología-Obstetricia, Urgencias y UCI, Atención-Primaria y Centros Ajenos.

Los **Servicios intermedios** individualizados son: Esterilización, Quirófanos, Laboratorios, Radiología, Consultas Externas, Hospitales de Día y Hospitalización.

Seguimiento económico financiero:

Se determina en miles de pesetas y Euros el gasto real del centro tanto en el mes considerado como en la proyección a 31 de Diciembre de acuerdo a la ficha anexa a las Instrucciones de elaboración y envío de los datos, contenidas en el Apéndice A4 (Anexo III), desglosado por capítulos.

donde:

Gasto real de cada mes: se obtiene partiendo de las obligaciones reconocidas y contabilizadas a último día de mes, deduciendo las deudas de ejercicios anteriores imputadas al presupuesto corriente hasta ese mes y añadiendo aquellas obligaciones frente a terceros que estén pendientes de contabilizar.

Gasto real del último mes del ejercicio es igual a las obligaciones reconocidas a 31 de Diciembre menos el importe de las deudas comunicadas a 31 de Diciembre del año anterior más el importe de las deudas generadas y comunicadas o pendientes de comunicar a la finalización del ejercicio.

Nota: Los términos utilizados para la definición de estos conceptos se han equiparado a los del sistema de seguimiento del gasto real del resto de hospitales de la red de Insalud con el fin de facilitar su comparabilidad

BALANCE INGRESOS-GASTOS: Se compara la suma de gastos, de acuerdo a los criterios establecidos más arriba con el volumen total de ingresos del centro,

donde:

Ingresos: Facturación por asistencia sanitaria (ver más arriba), considerando el ingreso contable cuando se emite la factura.

APÉNDICES

APÉNDICE A.1

CIRCULAR 3/01 Anexo IV: Recursos y Actividad

BLANCA

ANEXO IV – A INFORMACIÓN ANUAL DE RECURSOS

Esta información se cumplimentará únicamente el primer mes. Durante el resto del año sólo se remitirán a la Subdirección General de Desarrollo las propuestas de modificación que una vez verificadas y ratificadas serán incorporadas a la base de datos.

RECURSOS INSTALADOS

<p>Camas Quirófanos: En el hospital En los CEP Paritorios Locales de consulta: En el hospital En los CEP Puestos hemodiálisis: No infecciosos Infecciosos Puestos/plazas hospital de día Oncohematológico SIDA Geriátrico Psiquiátrico Otros Médicos Quirúrgico</p>	<p>Equipamiento tecnológico:</p> <p>Ecógrafos serv. Radiodiagnóstico Ecógrafos serv. Cardiología Ecógrafos otros servicios Mamógrafos TC TC convencional TC helicoidal Angiógrafos digitales RNM Sala convencional de Rx Telemando Rx Arco Multifuncional de Rx Equipo radioquirúrgico Gammacámaras Salas hemodinámica Aceleradores lineales U. de cobaltoterapia Planificadores Simuladores Litotrictores</p>
--	--

DEFINICIONES

Camas de hospitalización

Se consideran camas de hospitalización:

- Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos, quirúrgicos y pediátricos, coronarios y quemados).
- Cunas de áreas pediátricas.
- Incubadoras fijas.

No se consideran camas de hospitalización

- Camas de urgencias
- Inducción preanestésica
- Reanimación (Despertar)
- Exploración
- Hospital de día y de noche
- Acompañantes
- Destinadas a personal del centro
- Puestos de diálisis
- Utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio y otras).
- Cunas de recién nacidos normales (áreas obstétricas).
- Incubadoras portátiles

Camas instaladas

Número de camas hospitalarias que constituyen la dotación **fija** del centro, aunque no estén en servicio por falta de personal o de equipamiento, por obras, o por no ser necesarias en función de la demanda asistencial.

No se contabilizarán en esta cifra:

- Camas habilitadas o supletorias: Las que se utilizan además de las que están en funcionamiento (en pasillos, despachos, salas de exploración o habitaciones de hospitalización) y que no estén contempladas en la dotación fija del centro.
- Camas convertidas en áreas de apoyo u otros servicios (salas de exploración, despachos etc.).

Quirófanos

Salas destinadas a la intervención o asistencia quirúrgica al enfermo, dotadas de una mesa de operaciones. Las características de la sala y su equipamiento deben permitir:

- Una iluminación ajustable de poder suficiente para permitir un trabajo delicado.
- Condiciones asépticas que permitan la preparación de instrumentos estériles
- Locales para cambio de ropa del personal.
- La provisión de anestesia más compleja que la que puede proporcionarse en las salas de hospitalización: anestesia general, espinal, epidural.

No se consideran quirófanos:

- Los paritorios
- Las salas de extracción dental
- Las salas de radiología
- Las salas de curas

Las salas de operaciones dobles o gemelas se considerarán como quirófanos individuales siempre que sea posible atender a dos pacientes simultáneamente.

Quirófanos instalados

Número de quirófanos que constituyen la dotación **fija** del centro, aunque no estén en servicio por falta de personal, equipamiento, obras o por no ser necesarios en función de la demanda asistencial. No se considerarán los convertidos por obras en salas de exploración u otros servicios.

Paritorios

Salas destinadas a parir y dotadas específicamente para ello (se excluirán los quirófanos).

Locales de consulta⁷

Salas destinadas a consulta de pacientes en régimen ambulatorio, excluyendo las específicamente destinadas a consultas de urgencia, los cuartos de cura y de exploraciones especiales y los despachos de secretaría.

Puestos hemodiálisis

Puestos específicamente dotados y destinados al tratamiento mediante hemodiálisis de los pacientes con insuficiencia renal crónica, diferenciando los reservados para enfermos infecciosos del resto. No se incluirán los destinados a tratar enfermos agudos.

Puestos hospital de día (oncohematológico, SIDA)

Puestos específicamente dotados y destinados a tratamientos diurnos (menos de 12 horas) en hospital de día para pacientes con procesos oncohematológicos o infectados por el VIH.

Plazas hospital de día (geriátrico, psiquiátrico)

Número máximo de pacientes a los que puede atender diariamente el hospital de día con arreglo a su dotación de recursos físicos y humanos, suponiendo tratamientos a jornada completa.

Puestos hospital de día Médicos

Puestos específicamente dotados y destinados para otros tratamientos médicos no especificados anteriormente.

Puestos hospital de día Quirúrgicos

Puestos especialmente dotados y destinados para la atención ambulatoria a pacientes a los que se les haya realizado un procedimiento quirúrgico.

Equipamiento tecnológico

Se recogerá la suma de todos los equipos instalados en el hospital y en los CEP de cada uno de los enumerados más arriba.

ANEXO IV-B

INFORMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDAD

DEFINICIONES

I. HOSPITALIZACIÓN

Camas en funcionamiento

Promedio de camas hospitalarias realmente en servicio durante el mes, hayan estado o no ocupadas durante el periodo. No se contabilizan entre ellas las camas habilitadas o supletorias (ver apartado camas instaladas), independientemente de que sí se impute al área correspondiente la actividad que se genera en dichas camas.

Camas médicas: De entre las funcionantes del hospital, aquéllas destinadas a hospitalización de las unidades de especialización médica.

Camas quirúrgicas: De entre las funcionantes del hospital, aquéllas destinadas a hospitalización de unidades de especialización quirúrgica, incluidas las de ginecología y las pediátricas quirúrgicas.

Camas pediátricas: De entre las funcionantes del hospital, aquéllas destinadas a pediatría. Se excluirán las pediátricas quirúrgicas que se contabilizarán en las camas quirúrgicas, y las de cuidados intensivos que se contabilizarán en el apartado correspondiente.

Camas neonatológicas: De entre las funcionantes del hospital, aquéllas destinadas a neonatología. Se excluirán las neonatológicas quirúrgicas que se contabilizarán en las camas quirúrgicas, y las de cuidados intensivos que se contabilizarán en el apartado correspondiente.

Camas obstétricas: De entre las funcionantes del hospital, aquéllas destinadas a la asistencia obstétrica en régimen de hospitalización.

Camas UCI: De entre las funcionantes del hospital, aquellas destinadas específicamente a cuidados intensivos, independientemente del tipo de pacientes: quemados, traumatológicos, quirúrgicos, pediátricos, neonatológicos, etc.

Estancias

Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización (se incluyen las habilitadas o supletorias) a la hora censal (24 horas).

No generan estancias las camas de observación de urgencias, puestos de hemodiálisis, hospital de día ni de noche (estudios del sueño) ni las de reanimación.

Las estancias por áreas se contabilizarán de acuerdo con el tipo de servicio que atienda al paciente (médico, quirúrgico, etc.).

Ingresos

Número de pacientes procedentes del **exterior** con orden de ingreso registrada en el servicio de Admisión, asignados a una cama de hospitalización (se incluyen las habilitadas o supletorias).

No se considerarán ingresos los pacientes atendidos en observación de urgencias, sesiones de hemodiálisis, hospital de día ni de noche (estudios del sueño), ni los traslados entre servicios.

Ingresos programados: Pacientes ingresados con orden de ingreso programada, independientemente de si proceden de lista de espera o son de un servicio que no tiene demora de ingreso.

Ingresos urgentes: Pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencias o no. Se contabilizarán también como urgentes los neonatos patológicos, los ingresos judiciales, los urgentes procedentes de consultas externas, los procedentes de Cirugía Ambulatoria que finalmente causen ingreso y todos los partos que no ingresen de forma programada.

Entradas por áreas

Pacientes ingresados en una cama de hospitalización del área correspondiente, procedentes del exterior (ingresos programados y urgentes) o con orden de traslado desde otro área (traslados internos). No se contabilizarán los traslados entre especialidades del mismo área.

- Los ingresos ginecológicos están incluidos entre los quirúrgicos.
- Se consideran ingresos pediátricos los realizados en la unidad de especialización pediátrica. Se excluyen los ingresos quirúrgicos pediátricos (que se conta-

bilizarán como ingresos quirúrgicos) y los de UCI pediátrica (se incluirán entre los de UCI).

- Ingresos neonatológicos son los realizados en la unidad neonatológica. Se excluyen los ingresos neonatológicos quirúrgicos (habrán de contabilizarse como ingresos quirúrgicos) y los de UCI neonatológica (que se contabilizarán como de UCI).
- Se consideran ingresos de UCI los realizados en unidades de cuidados intensivos, independientemente del tipo de pacientes atendidos (quemados, coronarios, traumatológicos, postquirúrgicos, pediátricos, neonatológicos etc.). No se incluirán ingresos en camas de cuidados postquirúrgicos de reanimación/despertar.

Altas

Se entiende por alta la salida de un paciente previamente ingresado en el hospital, dejando de ocupar una cama de hospitalización en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga, etc.) o el estado del paciente (curación, mejoría, exitus ...).

II. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Quirófanos en funcionamiento

De los instalados, el promedio de los que realmente se han utilizado para actividad quirúrgica durante ese mes por disponer de la dotación completa.

Quirófanos programados: De los funcionantes, el promedio de los dedicados a actividad quirúrgica programada durante ese mes.

Quirófanos urgentes: De los funcionantes, los reservados para urgencias (incluidos los del área de urgencias que reúnan las características indicadas en la definición de quirófano). Si no hubiera quirófanos específicamente reservados para intervenciones urgentes, se consignará "0".

Rendimiento quirúrgico (actividad programada)

Quirófanos mañana: De los quirófanos programados en funcionamiento cuantos de ellos han funcionado **únicamente en turno de mañana**.

Quirófanos tarde: De los quirófanos programados en funcionamiento cuantos de ellos han funcionado únicamente en turno de tarde (**exclusivamente o en ambos turnos**).

Tiempo disponible: Tiempo total (**en horas**) de quirófano que ha estado disponible para intervenciones quirúrgicas programadas durante el mes. Para su cálculo se contabilizarán siete horas de disponibilidad por turno, salvo turnos parciales que se puedan estable-

cer por las tardes, y se restará el tiempo dedicado a intervenciones urgentes realizadas en los quirófanos programados. Se distinguirá entre hospital y CEP, mañana y tarde.

Tiempo utilizado: Suma de los tiempos (en horas) transcurridos desde la entrada al quirófano de cada uno de los enfermos hasta su salida del mismo para todas las intervenciones quirúrgicas programadas realizadas durante el mes, separando las realizadas en el hospital de las de los CEP y las de jornada de mañana de las de tarde.

Intervención quirúrgica

Acto quirúrgico realizado en quirófano (ambas condiciones deben cumplirse).

Se incluirán las realizadas en el centro por personal de otros hospitales del INSALUD.

No se incluirán las realizadas por personal del hospital en otros centros del INSALUD o en centros concertados.

Programada: Toda intervención incluida en la programación del quirófano.

Urgente: Intervención no demorable en el tiempo y de realización inmediata, no incluida en la programación.

Con hospitalización: Las realizadas a pacientes ingresados (ingreso pre y/o postquirúrgico).

Ambulatoria: Las realizadas **sin ingreso pre ni postquirúrgico**. Se excluyen los procedimientos de cirugía menor realizados en "quirófanillos", salas de curas o consultas.

Intervenciones quirúrgicas suspendidas

Aquellas intervenciones quirúrgicas programadas que por cualquier razón no se realizaron en la fecha en que inicialmente fueron previstas y tampoco se sustituyeron en la programación del quirófano.

III. PARTOS

Parto

Expulsión o extracción del claustro materno del producto viable de la concepción. Se considera feto viable todo aquel que tenga un peso al nacer superior a los 500 gramos. Si fuese menor de 500 gramos se considerará aborto.

Parto vaginal: Parto atendido por vía vaginal independientemente de la técnica.

Cesárea: Parto atendido por vía abdominal.

IV. URGENCIAS

Urgencias totales

Número de enfermos atendidos y registrados en urgencias con independencia de si se ha producido o no su ingreso. Se excluyen las urgencias generadas por enfermos ya ingresados (partes de interconsulta urgentes).

Urgencias no ingresadas

Número de urgencias atendidas y registradas que no generen ingreso hospitalario.

Urgencias derivadas a otros Centros

De las urgencias no ingresadas se desglosarán aquellas urgencias atendidas y registradas que son derivadas para su ingreso en otro Centro (hospital de referencia, centro de apoyo, hospital concertado...).

Urgencias procedentes de accidente de tráfico

De las urgencias no ingresadas se desglosarán aquellas urgencias cuya asistencia se produzca como consecuencia de un accidente de tráfico, independientemente de que el paciente sea o no beneficiario del sistema de S.S.

Urgencias procedentes de Atención Primaria

Aquellos pacientes derivados, con volante o informe, por facultativos o servicios de atención primaria (se incluyen los PAC, SNU y SEU). Se registrarán el total de urgencias atendidas y de estas, aquellas que no generan ingreso.

V. EXTRACCIONES DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES

Órganos extraídos

Se contabilizará el número de órganos extraídos de cada tipo, entendiéndose por tal el número de piezas.

Órganos trasplantados

Número de órganos trasplantados de cada tipo.

Extracción renal:

Número de donantes a los que se extrae exclusivamente riñones como órganos internos. La extracción es un procedimiento único independientemente del número de riñones extraídos.

Extracción multiorgánica:

Número de donantes en los que la extracción incluye algún otro órgano interno además de los riñones.

Extracción multitejidos:

Aquella en la que se realiza extracción de córneas, huesos largos (más de tres piezas), tejidos cardiovasculares (segmentos vasculares, válvulas cardíacas) y piel, de acuerdo a las demandas del banco de tejidos para mantener un stock que satisfaga sus demandas.

Extracción renal + multitejidos:

Se recogerán aquellos casos en que coinciden ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción renal" ni en el apartado "Extracción multitejidos"

Extracción multiorgánica + multitejidos:

Se recogerán aquellos casos en que coincidan ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción multiorgánica" ni en el apartado "Extracción multitejidos".

VI. ÉXITUS Y NECRÓPSIAS

Éxitus en hospitalización: Número de pacientes fallecidos durante la hospitalización.

Éxitus en urgencias: Número de pacientes fallecidos en el área de urgencias sin haber causado ingreso.

Necrópsias: Se incluirán todas las realizadas a fallecidos en el hospital, independientemente del área de donde procedan, excepto las judiciales y las de los fetos muertos.

Necrópsias fetales: Se recogerán las realizadas en el hospital a fetos muertos.

VII. HOSPITAL DE DÍA

Oncohematológico

Número de tratamientos farmacológicos o transfusiones administrados a pacientes VIH negativos, por procesos neoplásicos o hematológicos, realizados de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día del centro (suma de los pacientes atendidos cada día). Se excluyen otras atenciones como extracciones de sangre, curas etc.. Se excluyen los tratamientos por hemofilia.

SIDA

Número de tratamientos farmacológicos o transfusiones administrados a pacientes infectados por el VIH, realizados de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día del centro (suma de los pacientes atendidos cada día). Se excluyen otras atenciones como extracciones de sangre, curas etc. Se excluyen los tratamientos por hemofilia.

Geriátrico

Suma de los pacientes atendidos cada día de forma ambulatoria en el hospital de día geriátrico para valoración geriátrica, rehabilitación o cuidados socio-sanitarios.

El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas. No se contabilizarán por tanto las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.)

Psiquiátrico

Suma de los pacientes atendidos cada día de forma ambulatoria en el hospital de día psiquiátrico para tratamiento psicológico o psiquiátrico o terapia ocupacional.

El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas. No se contabilizarán por tanto las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.)

Médico:

Suma de los pacientes atendidos cada día de forma ambulatoria en hospital de día médico, no especificado anteriormente. El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas. No se contabilizarán por tanto las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.)

Quirúrgico:

Suma de los pacientes atendidos ambulatoriamente en hospital de día quirúrgico por la realización de un procedimiento quirúrgico. El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas. No se contabilizarán por tanto las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.)

VIII. DIÁLISIS

Turnos

Número máximo de pacientes que pueden ser dializados en cada puesto.

Por ejemplo, un hospital con tres turnos los lunes, miércoles y viernes, y 2 los martes, jueves y sábados, registrará un total de 5 turnos, puesto que en cada puesto pueden dializarse hasta 5 pacientes.

Cuando el número de turnos no sea el mismo para todos los puestos, se anotará el promedio. Por ejemplo, si en un hospital con 12 puestos de hemodiálisis 8 puestos funcionan con 6 turnos y 4 sólo lo hacen con 3, se anotarán 5 turnos: $(8 \cdot 6 + 4 \cdot 3) / 12$.

Pacientes en hemodiálisis

Número de pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de diálisis mediante la técnica de hemodiálisis, en el hospital o en centros concertados. No se incluirán los enfermos con insuficiencia renal aguda. Se recogerá el promedio de enfermos dializados en el mes. (Se deduce de la definición de "turnos" que el número de pacientes dializados en el hospital no puede ser superior al número de puestos multiplicado por el número de turnos).

Sesiones de hemodiálisis

Número de sesiones generadas por los pacientes en programa de hemodiálisis crónica, en el hospital o en centros concertados (no se incluirán sesiones de enfermos agudos).

Pacientes en diálisis domiciliaria

Promedio mensual de pacientes dializados en el domicilio. Se distinguen los tratados mediante:

- **Hemodiálisis**
- **Diálisis peritoneal:** Se distinguen:
 - **Ambulatoria continua (CAPD)**
 - **Con último cambio automático**
 - **Con cicladora**
 - **Con cicladora de bajo volumen**

Sesiones: Cada día de tratamiento domiciliar, ya sea de hemodiálisis o de diálisis peritoneal.

IX. DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS

Pacientes externos:

Pacientes ambulatorios a los que no se les administra la medicación, pero la reciben directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital.

Pacientes primera dispensación:

Número de pacientes externos a los que se dispensa medicación por primera vez como inicio del tratamiento en las patologías indicadas.

Un único paciente que acude a recoger medicación para tratar dos o más patologías diferentes será contabilizado como diferente en cada una de ellas.

No se considerarán como primeras dispensaciones aquellas que, para la misma patología, supongan únicamente un cambio de tratamiento (ya sea de fármaco, de posología o de vía de administración).

Pacientes dispensaciones sucesivas:

Número de pacientes externos a los que el Servicio de Farmacia suministra medicación como continuación del tratamiento de una patología concreta, asumiendo que **las dispensaciones se realizan con una periodicidad mensual**. Por tanto no se contabilizan las dispensaciones realizadas, sino el número de pacientes externos a los que se les ha dispensado medicación en el mes.

Del mismo modo un paciente al que, con carácter excepcional, se le suministra medicación para un periodo superior a 1 mes, será contabilizado en todos los meses cubiertos con el tratamiento.

Otros pacientes:

Resto de pacientes externos en tratamiento por cualquier patología exceptuando los pacientes hemofílicos.

Pacientes con hemofilia: Se distinguen:

Nº de pacientes tratados por primera vez en el año: Se contabilizarán mensualmente el número de pacientes hemofílicos a los que se les ha suministrado tratamiento por primera vez en el año (aunque ya hubieran recibido tratamiento en años anteriores).

Los pacientes se clasificarán de acuerdo al siguiente criterio:

Hemofilia A o B Grave: Factor deficitario $\leq 2\%$

Hemofilia A o B Moderada o Leve: Factor deficiente > 2%
Pacientes en tratamiento frente a inhibidores.

Los pacientes que deban ser tratados por presentar inhibidores de factores se contabilizarán al inicio del tratamiento específico, aunque ya lo hubieran sido con anterioridad (por tanto, como máximo, un paciente puede ser contabilizado dos veces a lo largo del mismo año)

Nº pacientes con tratamiento sucesivo en el mes: Se contabilizará el número total de pacientes hemofílicos a los que se les ha suministrado tratamiento en el mes de referencia, no siendo la primera vez en el año.

Camas con Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU):

Promedio de camas en funcionamiento durante el mes en las que se cumplen al menos las dos condiciones siguientes:

a) Parte o la totalidad de la medicación administrada al paciente se envía desde el Servicio de Farmacia, perfectamente identificada, reenvasada en Dosis Unitaria y en cantidad suficiente para cubrir un máximo de 24 horas.

b) Se dispone de una orden médica de duración limitada que se remite en soporte papel o electrónico al Servicio de Farmacia antes de la dispensación.

Ambas condiciones **se deben cumplir conjuntamente.**

X. TÉCNICAS DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Días de tratamiento: Se recogerá los días prescritos y administrados de cada una de las terapias señaladas.

Pacientes/mes: Se recogerá el promedio de pacientes en tratamiento en el mes con las diferentes terapias respiratorias

Dentro de la oxigenoterapia crónica domiciliar se distinguen los tratamientos con:

Con botella de oxígeno comprimido

Con concentrador

Oxígeno líquido

Dentro de la ventilación mecánica domiciliar se distingue:

Respirador volumétrico

Respirador con soporte de presión

Dentro de la aerosolterapia se distingue:

Normal
De alto flujo.

Se distinguen los siguientes tratamientos del Síndrome de Apnea del Sueño (SAOS)

CPAP
BiPAP espontánea
BiPAP controlada

XI. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y CUIDADOS PALIATIVOS

Hospitalización a domicilio

Se entiende por paciente hospitalizado a domicilio el que está incluido en un programa de atención continuada a domicilio, tanto médica como de enfermería, prestada por personal de Atención Especializada.

Ingresos: N° de pacientes que se incluyen en el programa durante el periodo.

Altas: N° de pacientes que salen del programa durante el periodo.

Estancias: Suma de los días que ha permanecido cada paciente en el programa durante el periodo.

Cuidados paliativos

Se refiere a unidades destinadas al cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento con intención curativa.

Ingresos: N° de pacientes que se incluyen en el programa durante el periodo.

Altas: N° de pacientes que salen del programa durante el periodo.

Estancias: Suma de los días que ha permanecido cada paciente en el programa durante el periodo.

Fallecimientos en domicilio: De total de altas, aquellos pacientes incluidos en el programa que han fallecido en el domicilio durante el periodo.

XII. CONSULTAS EXTERNAS

Consulta

Acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas del hospital o de los CEP, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física.

No deben por lo tanto contabilizarse como consultas:

- Las realizadas por personal de enfermería.
- Las realizadas a pacientes ingresados por peticiones entre servicios.
- La realización ni el informe de pruebas diagnósticas complementarias.
- La extracción de muestras.
- Los meros actos de relleno de volantes de peticiones.

Se contabilizarán las consultas efectivamente realizadas y no las citadas no realizadas.

De las consultas de Oftalmología se desglosa la de agudeza visual. De las consultas de Ginecología se desglosan las de despistaje de cáncer ginecológico, las de planificación familiar y las de reproducción humana.

Consultas primeras

Número de pacientes vistos en consulta por primera vez en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto. Se considerarán además primeras consultas todas aquellas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria sobre pacientes dados de alta por el médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito.

Consultas sucesivas

Todas aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen para revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior.

Por tanto, tendrán consideración de consultas sucesivas todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas y aún cuando, para facilitar los trámites al paciente, la cita se concierte a través del Centro de Salud (utilizando el informe escrito del médico especialista y no requiriendo paso a través del médico de AP).

Consultas de alta resolución

De entre las primeras consultas atendidas, número de pacientes a los que se les realice las exploraciones complementarias solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye alta).

Pacientes pendientes de primera consulta

Número total de pacientes que se encuentran pendientes de ser vistos para una consulta primera al finalizar la jornada del último día del mes, para cada una de las espe-

cialidades reseñadas, tanto en el hospital como en los CEP. Se incluirán los pacientes pendientes de cita y aquellos pacientes con demora voluntaria o por indicación médica.

Consultas primeras solicitadas por Atención Primaria

Se recogerá el número de solicitudes de consulta recibidas en el mes procedentes de Atención Primaria, con independencia del día asignado para la realización de la consulta.

Pacientes atendidos procedentes de Atención Primaria

De entre las primeras consultas realizadas en el hospital y los CEP, aquellas que han sido solicitadas por Atención Primaria. No se contabilizarán las solicitadas pero no realizadas. Tampoco se contabilizarán como derivaciones de Atención Primaria las interconsultas entre médicos especialistas que se realicen como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria.

Demora para primera consulta

Días **naturales** de demora que existen el último día del mes para obtener una cita para primera consulta con carácter no preferente (primer hueco no excepcional de la agenda). Se recogerá este dato para la agenda con máxima demora de cada especialidad.

Tiempo de demora de los pacientes pendientes

Para el cálculo del tiempo de demora se contabilizará el número de días que transcurirán *desde el último día del mes al que se refiere la información, hasta la fecha que tiene asignado el paciente para la primera consulta.*

No se contabilizarán los pacientes con demora voluntaria o por indicación médica.

Pacientes con demora voluntaria / médica

Se recogerán el número de pacientes citados y pendientes de ser atendidos a los que se les ha facilitado una cita posterior al primer hueco libre, a petición del paciente o por indicación del facultativo.

Pacientes pendientes de cita

Número de pacientes pendientes de ser citados o cuyo tiempo de espera no se pueda estimar de forma fiable.

XIII. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS NO QUIRÚRGICAS

Equipos en funcionamiento por turno

Número de equipos que funcionan en cada uno de los turnos.

Actividad en el propio centro

En general se recogerá el número de estudios o procedimientos realizados al margen de su duración y del número de placas o registros realizados, tanto en el hospital como en los CEP.

Laboratorios

Número de Pruebas

Se entiende por determinación o prueba analítica el producto final de una actividad de laboratorio que genera un resultado que se remite al facultativo solicitante.

Se contabilizará la actividad según el tipo de prueba realizada independientemente del laboratorio en donde se realice.

Se recogerán las pruebas analíticas programadas y urgentes efectuadas tanto en el hospital como en los CEP.

Se excluyen por lo tanto las determinaciones para la calidad (calibradores, controles y repeticiones). También se excluyen los resultados calculados: Por ejemplo, el aclaramiento de creatinina se contabilizará como dos determinaciones (creatinina en sangre y creatinina en orina), sin añadir el cálculo del aclaramiento.

Se exceptúan de la definición las siguientes pruebas, que se contabilizarán cada una como una sola determinación:

- Sistemático de sangre: Incluye las tres series, pero no la velocidad de sedimentación que se contabilizará como otra determinación.
- Sistemático de orina: Se contabilizará como una determinación independientemente del número de parámetros analizados en la tira reactiva. No incluye el análisis del sedimento que se contabilizará como otra determinación.
- Proteinograma
- Gasometría
- Antibiograma

La Concentración Mínima Inhibitoria también se debe contabilizar como una única determinación, ya que genera un único resultado.

Se incluirán:

- En Bioquímica las pruebas de niveles de fármacos
- En Hematología Analítica solo se contabilizarán las pruebas diagnósticas
- En Microbiología la serología infecciosa
- En Inmunología se incluirán las pruebas referidas en la Cartera de Servicios de la especialidad.

Pacientes

Número de pacientes a los que se realiza alguna determinación analítica en los distintos laboratorios del hospital o de los CEP en un día determinado (es decir, peticiones realizadas en días diferentes se contabilizarán como pacientes diferentes), a excepción de los laboratorios de urgencias, en los que cada extracción se contabilizará como un paciente diferente aunque se realice en el mismo día.

La contabilización de los pacientes debe realizarse en el punto de extracción o en algún lugar previo a la separación de las muestras que van a distintos laboratorios o aparatos.

Radiología convencional

Número de estudios realizados al margen de su duración y del número de placas, tanto en el hospital como en los CEP.

La adscripción de los diferentes tipos de estudios a cada uno de los apartados establecidos deberá hacerse basándose en la clasificación proporcionada por la [Sociedad Española de Radiología Médica \(SERAM\)](#).

TC

Número de estudios practicados de cráneo o de cuerpo, independientemente del número de imágenes obtenidas en cada estudio, del tipo de preparación (uso de contraste, etc) o de su duración.

Se desglosarán los TC efectuados en TC convencional y helicoidal.

RM

Se indicarán los estudios totales realizados.

Ecografías

Solo se contabilizan las ecografías realizadas por el Servicio de Radiodiagnóstico.

Se declaran por separado las ecografías Doppler.

Mamografías

Dentro de las mamografías, se desglosan las realizadas para despistaje de cáncer de mama (screening a pacientes sin síntomas ni signos previos).

Rx intervencionista

Se desglosará esta actividad en:

- Estudios o procedimientos neurovasculares y vasculares y, a su vez cada uno de estos, en diagnósticos y terapéuticos.
- Estudios intervencionistas en mama
- Otros procedimientos: Se recogerán exclusivamente los procedimientos codificados por la SERAM con los códigos 216, 220, 223, 224 y 225

Citologías vaginales

Número de citologías totales y, de entre estas, las vaginales informadas por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital durante el periodo.

Banco de sangre

Se recogerá la actividad en los epígrafes indicados.

Las pruebas de laboratorio del Banco de Sangre se recogerán siempre aparte del resto de pruebas de Hematología y con independencia del laboratorio donde se efectúen.

Las donaciones se refieren únicamente a donaciones de sangre total (las donaciones por aféresis se recogen en su apartado específico)

Las aféresis terapéuticas se recogerán como número de sesiones.

Genética

Se recopilarán los estudios efectuados y el número de pacientes atendidos. No se incluirá la actividad de consultas.

No es imprescindible la existencia de un Servicio de Genética

Densitometrías óseas

Se recogerán los estudios con independencia de la Unidad o Servicio que los realice y de la técnica utilizada (ultrasónica o de doble fotón).

Radioterapia

Se desglosa la actividad de:

- Cobaltoterapia
- Acelerador lineal
- Otros estudios (radioterapia superficial, curieterapia y estroncio).

Dentro de la radioterapia se contabilizarán:

- Número de pacientes nuevos: los que inician tratamiento durante ese mes.
- Número de sesiones de tratamiento: Se entiende por sesión el tratamiento administrado a un paciente en un día.
- Número de campos: Se entiende por campo la segmentación de una sesión para alcanzar los volúmenes selectivos. Implica preparación y posicionamiento del paciente, conformación del campo y cambio de las condiciones de la máquina.

Litotricias

Referida a la técnica de litotricia renal extracorpórea con técnica de choque. Se contabilizarán el número de sesiones practicadas para la eliminación de cálculos.

Se desglosa la información en litotricias renales y ureterales.

Endoscopias

Se considerará cada estudio como una unidad, al margen de su duración, de la técnica utilizada y del número de imágenes o muestras obtenidas en el mismo.

Se desglosa la información en:

- Endoscopias digestivas: colonoscopias, gastroscopias y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- Endoscopias respiratorias: diagnósticas y terapéuticas (láser, prótesis, fototerapia y braquiterapia)

Ergometrías

Unicamente se considerarán las electrocardiográficas (no los test de esfuerzo isotópico).

Hólder cardiaco

Unicamente se considerarán los electrocardiográficos (no los tensionales)

Ecocardiogramas

Se desglosa la información en:

- Ecocardiogramas transtorácicos (TTR)
- Ecocardiogramas transesofágicos (TE)
- Ecocardiogramas farmacológicos.

Electroneurofisiología

Se desglosa la actividad en electromiogramas, electroencefalogramas, potenciales evocados, estudios del sueño (que se diferenciarán los referidos al Síndrome de Apnea del Sueño del resto de estudios) holter EEG y vídeo EEG

Estudios electrofisiológicos cardíacos

Con independencia del servicio donde se realicen se recogerá la actividad desglosada en:

- Estudios diagnósticos
- Estudios terapéuticos: Incluye cardioversiones, ablaciones e implantación de desfibriladores automáticos y la sustitución de generador y /o electrodo, y la implantación de marcapasos.

Hemodinámica

Diagnóstica: Número de estudios realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se incluyen estudios valvulares, coronariografías, y las biopsias cardíacas. Si incluye una actuación terapéutica se contabilizará exclusivamente como procedimiento terapéutico.

Se **excluyen** los estudios electrofisiológicos cardíacos.

Se distinguirán las realizadas a pacientes ingresados y ambulatorios.

Terapéutica: Número de estudios realizados en la sala de hemodinámica con actuación terapéutica independientemente del tipo de paciente (ingresado o externo). Se desglosa en angioplastias de 1 o 2 vasos, angioplastias de más de 2 vasos, stents, valvuloplastias, aterectomías y actuaciones en malformaciones congénitas.

Se excluyen los estudios electrofisiológicos cardíacos.

En caso de la realización en el mismo acto de varias técnicas, únicamente se contabilizará la de mayor complejidad

Rehabilitación

Se recogerán el número de sesiones y pacientes de fisioterapia, logoterapia y terapia ocupacional.

Peticiones recibidas de Atención Primaria

Se recogerá el número de solicitudes de estudios recibidos en el mes procedentes de Atención Primaria, con independencia del día asignado para la realización de la exploración.

Exploraciones realizadas a petición de Atención Primaria

De entre los estudios realizados, número de los solicitados directamente por Atención Primaria. No se contabilizarán los solicitados pero no realizados.

Actividad en centros concertados

Número total de cada una de las técnicas enviadas y realizadas en centros concertados.

Pacientes pendientes

Número de pacientes en espera para cada una de las técnicas, ya sea citados o registrados en la lista de espera de cada técnica, pendientes de citación, al finalizar la jornada del último día del mes, tanto en el hospital como en los CEP.

Los pacientes pendientes de hemodinámica terapéutica únicamente se contabilizarán en una de las técnicas a realizar.

Demora

Únicamente se registrará la demora **extrahospitalaria**

Días naturales de demora que existen el último día del mes para obtener una cita para cada una de las pruebas con carácter **no preferente** (primer hueco libre no excepcional de la agenda). Cuando existan varias agendas para una misma prueba, se consignará el dato de aquella que tenga la demora máxima.

En el caso de las citologías vaginales, la demora se contabilizará como el tiempo transcurrido entre la obtención de la muestra y la emisión del informe de Anatomía Patológica.

En el apartado "Radiología convencional" se registrará la demora de la agenda del Servicio de Radiología que presente la máxima demora, excluidas las ecografías, mamografía.

grafías, TC, RM y radiología intervencionista, que serán registradas en su apartado correspondiente.

Pacientes pendientes de cita

Número de pacientes pendientes de ser citados o cuyo tiempo de espera no se pueda estimar de forma fiable.

Tiempo de demora de los pacientes pendientes

Para el cálculo del tiempo de demora se contabilizará el número de días que transcurrirán *desde el último día del mes al que se refiere la información, hasta la fecha que tiene asignado el paciente para la exploración.*

No se contabilizarán los pacientes con demora voluntaria o por indicación médica.

Pacientes con demora voluntaria / médica

Se recogerán el número de pacientes citados y pendientes de ser atendidos a los que no se les ha facilitado el primer hueco libre a petición del paciente o por indicación del facultativo.

XIV. PROCEDIMIENTOS EXTRAIDOS AMBULATORIOS

Se recogerán de cada uno de los procedimientos enumerados, exclusivamente los realizados de forma ambulatoria.

APÉNDICE A.2

CIRCULAR 3/01 Anexo VII: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

ANEXO VII – A FICHERO HOSPITALIZACIÓN

Estructura de la base de datos:

<i>Nombre del campo</i>	<i>Tipo</i>	<i>Ancho</i>
HISTORIA	Carácter	8
CIP	Carácter	16
FECNAC	Fecha	dd/mm/aaaa
SEXO	Carácter	1
RESIDE	Carácter	5
REGFIN	Carácter	1
FECING	Fecha	dd/mm/aaaa
TIPING	Carácter	1
SERVIC	Carácter	3
SECCION*	Carácter	5
AREACLN	Carácter	7
FECALT	Fecha	dd/mm/aaaa
MEDICO*	Carácter	5
TIPALT	Carácter	1
FECINT	Fecha	dd/mm/aaaa
M1 a M7*	Carácter	7
C1	Carácter	6
C2 a C13	Carácter	6
P1 a P13	Carácter	5
T1 a T8	Carácter	5
HOSPITAL	Carácter	4
CIAS PRO	Carácter	6

Los campos marcados con asterisco no son de cumplimentación obligatoria.

DEFINICIÓN DE LOS DATOS

HISTORIA :	Número de la historia clínica del paciente El paciente se identificará única y exclusivamente por el número de la historia clínica, lo que exige la utilización de un número de historia único por paciente en cada hospital. En caso de que el número de historia tenga menos de 8 caracteres, se justificará a la izquierda, dejando las restantes posiciones a la derecha en blanco.
CIP	Código de identificación personal de la Tarjeta Sanitaria Individual
FECNAC	Fecha de nacimiento
SEXO	1 Hombre 2 Mujer 3 Estados intersexuales o indeterminados.
RESIDE	Código postal del domicilio habitual del paciente. Se define la residencia habitual como el lugar donde reside la mayor parte del año y si ese criterio no fuera suficiente, el lugar donde estuviera censado. Si se desconoce, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras, correspondientes a la provincia (INE), seguidas de tres ceros. En el caso de residentes en países extranjeros se anotará 54 seguido de las tres cifras del código ISO del país y si se desconoce 54 seguido de tres ceros.
REGFIN	Financiador: Se distinguen las siguientes posibilidades: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Financiación pública</i> (prestaciones sanitarias cuyo importe no procede reclamarlo a un tercero obligado al pago) 2. <i>Organismos o entidades responsables del pago adscritos a la Administración Central, Autonómica o Territorial</i> (Asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, etc, que no tengan concertada la asistencia sanitaria con el INSALUD). 3. <i>Empresas colaboradoras</i> (Asistencia prestada a asegurados o beneficiarios en los supuestos de empresas autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión del Régimen Gral. de la S.S., en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al concierto o convenio suscrito. Se incluirán en este mismo código aquellos pensionistas de Empresas Colaboradoras que aún mantienen en vigor los conciertos suscritos en su día para la asistencia sanitaria a este colectivo. 4. <i>Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional</i> (Incluye la asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, cuando ésta esté concertada con una Mutua). 5. <i>Entidades de seguro de Accidentes de Tráfico</i> (Incluye los pacientes cuyo ingreso se produzca como consecuencia de un accidente de tráfico, independientemente de que el paciente sea o no beneficiario del sistema de S.S.) 6. <i>Varios y Particulares</i> (Incluye los usuarios, asegurados o no, que reciben asistencia sanitaria de cuyo pago es responsable un tercero. Se incluirán en este apartado todos los pacientes que tienen financiada su estancia en el Hospital por una Entidad Aseguradora obligatoria no contemplada en los apartados anteriores. También se incluirán los extranjeros privados que no tengan cubierta su asistencia por Convenio Internacional). <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Seguros obligatorios excluido el de vehículos de motor (escolar, deportistas federados y profesionales, de viajeros, de caza, taurinos no profesionales, festivos...) — Convenios o conciertos con otros organismos o entidades, en los términos del convenio o concierto que no estén incluidos en otros apartados.

	— Agresiones, responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida.
	— Usuarios que no tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria.
	7. <i>Convenios Internacionales</i> (Asistencia sanitaria prestada a extranjeros durante su estancia en España, incluida en los convenios para países comunitarios y en convenios bilaterales)
	8. <i>Instituciones Penitenciarias</i> (Asistencia prestada a los internos de los Centros Penitenciarios).
	9. <i>Entidades Privadas, Sociedades de Seguro Libre, etc.</i>
FECING	Fecha de ingreso
TIPING	Circunstancias del ingreso: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Urgente</i> (incluye el parto no programado, el recién nacido patológico, el procedente de cirugía ambulatoria y el judicial). Se realiza con una orden de ingreso urgente. 2. <i>Programado</i> (se considera ingreso programado el concertado con fecha anterior al mismo, cualquiera que sea la procedencia del enfermo, consultas externas, hospitalización previa en el mismo hospital o en otro, etc. y al margen de si proceden de lista de espera o de un servicio sin demora de ingreso). Se realiza con orden de ingreso programada 3. <i>Ingreso tras la realización de un procedimiento de Cirugía Ambulatoria (C.A.), una Técnica Especial (T.E.)</i> listada en el fichero de asistencia Ambulatoria Especializada (A.A.E.) o un tratamiento en el Hospital de Día u otros tratamientos diurnos.
SERVIC	Servicio que da el alta al paciente. Los códigos de los servicios se recogen en la Tabla II . En caso de alta voluntaria, defunciones o fugas, figurará el último servicio donde el paciente estuvo ingresado.
SECCIÓN	Código con el que hospital internamente identifica las secciones o unidades de sus servicios.
AREACLN	<p><i>Área Clínica (*)</i> que da el alta al paciente.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(*) Este campo sólo se cumplimentará en aquellos hospitales donde esté en funcionamiento alguna de las Áreas Clínicas autorizadas (Tabla III)</p> <p>(**) La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio.</p> </div>
FECALT	Fecha del alta
MÉDICO	Identificación del médico especialista del alta del paciente
TIPALT	Circunstancias del alta: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Domicilio</i>. Cuando el paciente se va a su domicilio habitual o cuando se va a un centro donde reside habitualmente. 2. <i>Traslado a otro hospital</i>. 3. <i>Alta voluntaria</i>. Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente o cuando éste abandona el centro donde estaba ingresado sin que exista indicación médica o sin conocimiento del hospital. 4. <i>Exitus</i> 5. <i>Traslado a centro socio-sanitario</i> (se considera centro socio-sanitario aquel centro que sustituye al propio domicilio y que se destina a acoger a personas de más de 60 años o a aquellos colectivos de edad inferior que presentan falta de recursos sociales, problemas sanitarios no agudos pero con un grado de patología que requiere tratamiento preventivo o de rehabilitación permanente, así como control médico o farmacéutico continuo (sea o no del INSALUD)
FECINT	Fecha de la intervención. Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento realizado

	<p>en quirófano. En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.</p>
C1	<p><i>Diagnóstico principal:</i> Es la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del Servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes. Se codificará con la tercera edición de la CIE-9-MC.</p>
C2-13	<p><i>Otros diagnósticos:</i> Son aquéllos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual ingreso. Se codificarán con la tercera edición de la CIE-9-MC.</p>
M1-M7	<p>Códigos de morfología de las neoplasias.</p>
P1-13, T1-8	<p>Procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos y otros procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Los procedimientos obstétricos pueden realizarse en quirófano (cesáreas) o en salas de partos, en este último caso no se trataría de un procedimiento quirúrgico. — Otros procedimientos son aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e implican un riesgo para el paciente. — Se codificarán con la tercera edición de la CIE-9-MC <p><i>Procedimientos realizados en otros centros:</i> Al alta del paciente se codificarán los procedimientos realizados en los servicios de referencia o en otros centros si se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Durante la realización del procedimiento el enfermo consta administrativamente como ingresado en el hospital de origen, por lo que tras su realización, vuelve al mismo. — No genera ingreso en el centro donde se realice el procedimiento.
HOSPITAL	<p>Código que figura en el Catálogo Nacional de Hospitales.</p>
CIAS_PRO	<p>Código de identificación de asistencia sanitaria</p> <p>Se cumplimentará con los 6 primeros dígitos del código CIAS del médico de cabecera del paciente (recogido en el reverso de la tarjeta sanitaria y compuesto por 10 dígitos más una letra). Los dos primeros corresponden a la Comunidad Autónoma, los dos siguientes al Sector Sanitario y los dos últimos a la Zona Básica de Salud a la que está adscrito el paciente.</p> <p>Se cumplimentará en todos los casos, incluso si el paciente proviene del Área de Salud asignada al hospital.</p> <p>Cuando no se disponga del número CIAS, se cumplimentarán al menos los dos primeros dígitos, y si se conoce el Sector Sanitario al que pertenece el paciente, los dos siguientes, en ambos casos seguidos de ceros hasta completar los seis dígitos.</p> <p>Cuando el paciente pertenezca a una Comunidad Autónoma con la asistencia sanitaria transferida se anotará el código de la Comunidad Autónoma seguido de cuatro ceros. Ver Tabla I con los códigos de las Comunidades Autónomas.</p> <p>Cuando el paciente sea extranjero sin residencia habitual en España, se anotará 54 seguido de cuatro ceros.</p>

ANEXO VII – B FICHERO DE ASISTENCIA AMBULATORIA ESPECIALIZADA

Este fichero contendrá los registros correspondientes a las prestaciones ambulatorias que se definen en el campo "Tipo de visita" (TIPVIS), validados por el programa "CMBD de Hospitales".

Estructura de la base de datos:

<i>Nombre del campo</i>	<i>Tipo</i>	<i>Ancho</i>
HISTORIA	Carácter	8
CIP	Carácter	16
FECNAC	Fecha	dd/mm/aaaa
SEXO	Carácter	1
RESIDE	Carácter	5
REGFIN	Carácter	1
SERVIC	Carácter	3
SECCION*	Carácter	5
AREACLN	Carácter	7
MEDICO*	Carácter	5
PETICION*	Carácter	1
TIPVIS	Carácter	1
FECVIS	Fecha	dd/mm/aaaa
DESTINO	Carácter	2
HOSPDEST*	Carácter	4
M1 a M2*	Carácter	7
C1	Carácter	6
C2 a C5	Carácter	6
P1 a P5	Carácter	5
T1 a T5	Carácter	5
HOSPITAL	Carácter	4
CIAS_PRO	Carácter	6

Los campos marcados con asterisco no son de cumplimentación obligatoria.

DEFINICIONES (de los datos no coincidentes con el fichero de hospitalización)

- PETICION** Solicitante de la visita.
1. Atención Primaria
 2. Servicios del propio hospital
 3. Servicios de otro hospital de la misma área de salud
 4. Servicios de otras áreas de salud
 5. Inspección, EVI (Equipo de Valoración de Incapacidad) o Petición Judicial
 6. Instituciones Penitenciarias
 7. Otros
- SERVIC** Servicio que da el alta al paciente. Los códigos de los servicios se recogen en la [Tabla II](#). En el tipo de visita 3 (Hospital de día y otros tratamientos diurnos), se utilizarán los códigos específicos en los que se ha desagregado el servicio, Hospital de día, (HDD): HDO, HDH, HDG, HDS, HDP y HDM, todos ellos incluidos y descritos en la tabla.
- TIPVIS** Tipo de visita:
1. Cirugía ambulatoria.
Incluye los procedimientos programados realizados en el quirófano de forma ambulatoria.
 2. Técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales:
Este apartado incluye:
 - Hemodinámica cardíaca:
 - Cateterismo cardíaco y/o arteriografía coronaria
 - Angioplastia y valvuloplastia
 - Malformaciones congénitas
 - Procedimientos arritmológicos electrofisiológicos:
 - Implantación, revisión y sustitución de marcapasos.
 - Implante o sustitución de desfibrilador, solo electrodos o generador del pulso
 - Procedimientos electrofisiológicos terapéuticos (Ablaciones)
 - Estudios electrofisiológicos diagnósticos
 3. Hospital de día y otros tratamientos diurnos:
Incluye los registros correspondientes a la asistencia en los puestos destinados a tratamientos diurnos (< 12 horas) de oncología, hematología, SIDA, geriatría psiquiatría y otros tratamientos médicos en hospital de día.
- Cada día que acude el enfermo al "hospital de día" genera un registro.**
- Si el paciente, **por la causa que sea**, tras la realización de cualquiera de las anteriores prestaciones y tras el tiempo de permanencia habitual para cada proceso, queda ingresado en el hospital, se generará únicamente un registro de hospitalización que se incluirá en ese fichero con el tipo de ingreso 3. En este caso se debe codificar la causa de la permanencia en el centro, sea o no clínica, como un diagnóstico secundario.
- FECVIS** Fecha en que se presta la asistencia.
- DESTINO**
1. Alta médica
 3. Alta voluntaria
 4. Exitus
 5. Centro sociosanitario
 6. Consulta hospitalaria
 7. Urgencias
 8. Cirugía ambulatoria
 9. Atención primaria
 10. Otro hospital (codificar CEGA)
 11. Continuación de tratamiento. (Se utilizará este código en el caso de pacientes que acuden al hospital de día en sesiones programadas durante un periodo de tiempo determinado).

HOSPDEST Hospital de destino.
Código del hospital donde es remitido el paciente. Si el hospital pertenece a una Comunidad Autónoma con las competencias de la asistencia sanitaria transferidas, se pondrá el código de la Comunidad seguido de dos ceros. Si el paciente es enviado a otro país, el código será 5400.

M1 y M2 Los códigos de morfología tumoral, son de cumplimentación obligatoria en los tratamientos en el hospital de día oncohematológico.

TABLAS

TABLA I. RELACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

<i>Comunidad Autónoma</i>	<i>Código</i>	<i>Comunidad Autónoma</i>	<i>Código</i>
Cataluña	01	Castilla La Mancha	11
País Vasco	02	Canarias	12
Galicia	03	Extremadura	13
Andalucía	04	Baleares	14
Asturias	05	Navarra	15
Cantabria	06	Madrid	16
La Rioja	07	Castilla – León	17
Murcia	08	Ceuta	18
Comunidad Valenciana	09	Melilla	19
Aragón	10		

TABLA III. CÓDIGOS DE ÁREAS CLÍNICAS

<i>AREACLN</i>	<i>Descripción</i>
CAV_001	Área Clínica de Enfermedades Cardiovasculares C. H. de Toledo (Toledo)
CAV_002	
CAV_003	
CAV_004	
DIG_001	Área Clínica de Enfermedades del Aparato Digestivo H. Marqués de Valdecilla (Santander)
ONC_001	Área Clínica de Enfermedades Oncológicas H. Virgen de Arrixaca (Murcia)

TABLA II. CÓDIGOS DE SERVICIOS Y UNIDADES

<i>Código</i>	<i>Servicio</i>	<i>Código</i>	<i>Servicio</i>
ACL	Análisis Clínicos	MIR	Medicina Interna
ACV	Angiología / Cir. Vascular	MIV	Medicina Intensiva
ALG	Alergología	MNU	Medicina nuclear
ANR	Anestesia y Reanimación	MPR	Medicina Preventiva
APA	Anatomía Patológica	NEF	Nefrología
BCS	Banco de sangre	NEO	Neonatología
BIO	Bioquímica Clínica	NFL	Neurofisiología Clínica
CAR	Cardiología	NML	Neumología
CCA	Cirugía Cardíaca	NRC	Neurocirugía
CGD	Cirugía Gral y de Digestivo	NRL	Neurología
CMF	Cirugía Máxilofacial	OBG	Obstetricia y Ginecología
CPE	Cirugía Pediátrica	OBS	Obstetricia
CPL	Cirugía Plástica	OFT	Oftalmología
CTO	Cirugía Torácica	ONC	Oncología Médica
DER	Dermatología	ONR	Oncología Radioterápica
DIG	Digestivo	ORL	Otorrinolaringología
END	Endocrinología	PED	Pediatría
FAC	Farmacología clínica	PSQ	Psiquiatría
FAR	Farmacia	RAD	Radiología
GEN	Genética	REH	Rehabilitación
GIN	Ginecología	REU	Reumatología
GRT	Geriatría	TRA	Traumatología
HAD	Hospitalización a domicilio	UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
HDD	Hospital de día	UDO	Unidad del Dolor
HEL	Hematología Laboratorio	URG	Urgencias
HEM	Hematología	URO	Urología
INM	Inmunología	UTR	Unidades de extracción y trasplante
LAB	Laboratorios	UTX	Unidad de desintoxicación
MIC	Microbiología y Parasitología		
<i>Códigos para la cumplimentación del campo servicio de los tratamientos en el hospital de día</i>			
HDO	Hospital de día oncológico	HDS	Hospital de día de SIDA
HDH	Hospital de día hematológico	HDP	Hospital de día psiquiátrico
HDG	Hospital de día geriátrico	HDM	Otro hospital de día médico

APÉNDICE A.3

**CIRCULAR 3/01 Anexo V: Lista de Espera
Quirúrgica (LEQ)**

ANEXO V. A

DATOS DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Con periodicidad mensual se remiten dos ficheros de Lista de espera.

1. Fichero de pacientes en lista de espera (fichero de **ACTIVOS**)

- Se incluirán en este fichero todos los pacientes que se encuentren pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente para el cual el hospital tenga previsto utilizar el **quirófano**, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia.
- No se incluirán en este fichero:
 - Procedimientos que de forma habitual se realizan en consultas o salas de curas.
 - Pacientes que van a ser intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación.
 - Urgencias diferidas que se programan cuando la situación clínica del paciente así lo aconseja.

El fichero, en formato DBF, tendrá obligatoriamente la siguiente estructura:

APÉNDICES

Nombre del campo	Descripción del campo	Tipo	Ancho
HISTORIA	Historia	Carácter	8
CEGA	CEGA	Carácter	4
SX	Sexo	Carácter	1
FN	Fecha Nacimiento	Fecha	dd/mm/aaaa
FL	Fecha Inclusión	Fecha	dd/mm/aaaa
SE	Servicio	Carácter	3
CD	Código diagnóstico	Carácter	6
CP	Código Procedimiento	Carácter	5
PR	Prioridad	Carácter	1
TC	Tipo de cirugía	Carácter	1
CI	Circunstancias inclusión	Carácter	1
SP	Situación paciente	Carácter	1
HP	Cías de procedencia	Carácter	6
REGFIN	Financiador	Carácter	1
AREACLN	Área Clínica	Carácter	7
SECCIÓN ^(§)	Sección Clínica	Carácter	5

^(§) Campos no obligatorios.

DEFINICIONES (de los datos que no son comunes con el fichero de CMBD, ver apéndice A.2)

SX	Sexo 1: Hombre 2: Mujer
FN	Fecha de nacimiento
FL	Fecha de inclusión en lista de espera
SE	Servicio. Ver códigos Tabla II del anexo VII Circular (CMBD)
CD	Código del diagnóstico de inclusión según la CIE-9-MC
CP	Código del procedimiento quirúrgico según la CIE-9-MC
PR	Prioridad. Clasificada en 2 niveles según la demora máxima aconsejable: 1: <i>Preferente</i> 2: <i>Normal</i>
TC	Tipo de cirugía prevista I: <i>Con ingreso</i> A: <i>Ambulatoria</i>
CI	Circunstancias de inclusión P: <i>Primera inclusión</i> R: <i>Reinclusión por pérdida de antigüedad</i> D: <i>Derivado desde otro hospital</i>
SP	Situación del paciente en la fecha de corte S: <i>Sin cambios desde su inclusión</i> Q: <i>Incluido en parte quirúrgico</i> D: <i>Derivado a otro centro</i> E: <i>En espera por patología intercurrente o por demora voluntaria del paciente</i> O: <i>Ofertada derivación a otro centro (en el caso de Cirugía Cardíaca)</i>
HP	Código Cías de procedencia del paciente (seis primeros dígitos). Se cumplimentará con el mismo criterio que en el CMBD

2. Fichero de SALIDAS (engrosará un fichero de acumulado de salidas de LEQ)

Se incluirán en este fichero todos los pacientes que hayan salido de la lista de espera.

El fichero, en formato DBF, tendrá los **mismos campos** que el fichero de activos, a los que se añadirán *obligatoriamente* los siguientes campos:

Nombre del campo	Descripción del Campo	Tipo	Ancho
FS	Fecha de Salida	Fecha	dd/mm/aaaa
MS	Motivo de Salida	Caracter	2
FING	Fecha de Ingreso	Fecha	dd/mm/aaaa

FS Fecha de salida de lista de espera; en los pacientes intervenidos la fecha será la **de la intervención**.

MS Motivo de salida. Codificado según la siguiente lista de motivos :

Bajas definitivas:

1: Intervención quirúrgica en el propio Hospital, tras ingreso programado o mediante cirugía ambulatoria programada, en jornada ordinaria.

2: Intervención en el propio hospital por autoconcertación (*en jornada extraordinaria*)

3: Intervención en el propio hospital, tras ingreso urgente

4: Intervención en hospital de apoyo del INSALUD

5: Intervención en hospital concertado

6: Intervención por cauces ajenos al INSALUD

7: Defunción

8: Renuncia voluntaria a la intervención

9: Intervención postpuesta a petición del paciente (aplazamiento voluntario repetido, o por tiempo indefinido, o por tiempo superior a la demora máxima existente en ese momento)

10: Revisión médica de la indicación/exclusión por motivos médicos

11: Ilocalizable (se dará a un paciente como ilocalizable cuando se hayan realizado tres llamadas (una de ellas al menos por la tarde) sin respuesta y se haya enviado carta o telegrama de aviso, también sin respuesta al cabo de una semana del envío)

12: El paciente no acude a la cita

13: Detectada duplicidad

14: Otros

15: Intervención realizada por facultativos del hospital en otro centro en jornada ordinaria

16: Intervención realizada por facultativos del hospital en otro centro en jornada extraordinaria

Salida por pérdida de antigüedad (actualizaciones de fechas de inclusión):

17: Aplazamiento de la intervención a petición del paciente

18: Aplazamiento por motivos médicos

19: Rechazo de la derivación a un centro concertado

FING Fecha de ingreso. Se cumplimentará sólo en aquellos casos que hayan sido intervenidos en el propio hospital y con hospitalización (este campo se utilizará para calcular la estancia media pre-operatoria).

APÉNDICE A.4

**CIRCULAR 3/01 Anexo VI: Lista de Espera
de Consultas y Técnicas
Diagnósticas (LECYT)**

ANEXO VI DATOS DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS (LECYT)

Con periodicidad mensual se remiten dos ficheros de Lista de espera.

1. Fichero de pacientes en lista de espera (fichero de ACTIVOS)

Se incluirán en este fichero **TODOS los pacientes** que se encuentren **pendientes de una primera consulta** o de alguna de **las pruebas diagnósticas relacionadas**, a último día de mes.

No se incluirán en este fichero las consultas sucesivas pendientes ni las técnicas diagnósticas a realizar a pacientes ingresados.

El fichero tendrá la siguiente estructura:

<i>Nombre del campo</i>	<i>Descripción del campo</i>	<i>Tipo</i>	<i>Ancho</i>
CEGA	Identificación Hospital	Carácter	4
NUMICO	Número de episodio	Numérico	10
HISTORIA	Identificación Proceso	Carácter	8
CIAS_PRO	Código procedencia	Carácter	6
CIP	Código personal	Carácter	16
REGFIN	Financiador	Numérico	2
CENTRO	Lugar realización	Numérico	1
AREACLN	Area Clínica	Carácter	7
AGENDA	Identificación Agenda	Carácter	6
SERVIC7	Servicio	Carácter	3
DERIV	Origen de la petición	Carácter	3
TIPENTR	Tipo de entrada	Numérico	1
TIPCITA	Circunstancias cita	Numérico	1

Nombre del campo	Descripción del campo	Tipo	Ancho
TIPPRES	Tipo de prestación	Numérico	1
CODIGO_PRESTA	Código SERAM	Carácter	5
FI	Fecha indicación cita	Fecha	dd/mm/aaaa
FP	Fecha de petición cita	Fecha	dd/mm/aaaa
FC	Fecha de la citación	Fecha	dd/mm/aaaa
PR	Prioridad	Numérico	1

DEFINICIONES (de los datos no definidos en los anexos de CMBD y LEQ: ver apéndice A. 2 y A.3)

NUMICO: Número de identificación del episodio, distinto para cada cita excepto en las reprogramaciones, que se conservará el original.

CENTRO: Centro donde se realizará la consulta o prueba diagnóstica. Se codificará:
 1. (En el Hospital)
 2. (En un C.E.P.)
 3. (En otra dependencia)

AGENDA: Código con el que el hospital internamente identifica las agendas de los servicios asistenciales. Se deberán identificar en este campo, de forma común en todos los centros, las siguientes consultas:
 – Agudeza visual como **AGV**
 – Planificación Familiar como **PLF**
 – Despistaje de Ca. como **DCA**
 – Reproducción humana como **REP**

SERVIC: Se utilizarán los códigos que se indican en la tabla II (Apéndice A.2)

DERIV: Quién solicita la cita
 Se codificará:
PRI: Cuando el paciente es remitido por un facultativo de Atención Primaria.
XXX: Código del servicio (misma tabla que SERVIC). Cuando el paciente es derivado desde Atención Especializada.
REF: Cuando se refieran a consultas derivadas por otros hospitales por ser servicios de referencia.
OTR: En consultas procedentes de otras instancias (CAD, Centros del IMSERSO, etc).

TIPENTR: Se codificará las distintas modalidades de entrada de acuerdo a los siguientes códigos:
 1. Cita original
 2. Reprogramación a petición del paciente
 3. Reprogramación por motivo institucional

donde:

2. Cuando un paciente, con cita ya asignada, solicite un cambio en la fecha de citación, se generará un registro de salida y una entrada con código de TIPENTR igual a 2 (Reprogramación a petición del paciente). 3. Se considera "Reprogramación por motivos institucionales" cuando por motivos ajenos a la voluntad del paciente la cita que tenía asignada debe retrasarse.

TIPCITA: Se codificarán las diferentes categorías de la cita de acuerdo a los siguientes códigos:
 1. Cita en primer hueco libre

2. Aplazamiento voluntario en la fecha de la cita
3. Aplazamiento por motivos clínicos

donde:

2. Se considera "Aplazamiento voluntario" cuando el paciente renuncia a la primera cita ofertada y la cita se retrasa por circunstancias vinculadas a la voluntad del paciente.
 3. Se consideran como "Aplazamiento por motivos clínicos", aquellos casos en los que la fecha de la cita debe ser retrasada por un motivo clínico, como por ejemplo: ingreso previsto, consultas que, a indicación del facultativo, deben ser citadas en una fecha fija...

TIPPRES: Tipo de prestación solicitada.

Se codificará:

1. Primera Consulta
2. Consulta Sucesiva
3. TC
4. RM
5. Ecografía
6. Mamografía

CODIGO_PRESTA: (Solo para pruebas diagnósticas) Código asignado a la prestación en la SERAM (5 dígitos)

FI: Fecha para la cual está indicada la cita, para aquellas solicitudes en la que existe una fecha de cita previamente determinada por el médico peticionario.

FP: Fecha en la que se tramita la citación (Fecha de grabación del registro)

En las reprogramaciones por motivos institucionales se conservará la fecha de tramitación de la primera cita.

En el caso de las agendas gestionadas por Atención Primaria se indicará la fecha de tramitación por atención primaria (no la fecha en la que se comunica a especializada la cita).

FC: Fecha de la cita (en la que debe acudir el paciente a consulta o prueba diagnóstica).

B. Fichero de salidas de lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas ambulatorias (SALIDAS)

Donde se incluirán **TODAS** las primeras consultas y pruebas diagnósticas (TC, RM, ecografías y mamografías) realizadas durante el mes a **pacientes ambulatorios no urgentes**, así como aquellas citaciones que, en el mismo periodo, por cualquier circunstancia no se llegaron a realizar.

Tendrá los mismos campos que el fichero de activos, a los que se añadirán la siguiente información:

Nombre del campo	Descripción del campo	Tipo	Ancho
FS	Fecha de salida	Fecha	dd/mm/aaaa
TIPSAL	Motivo de la salida	Numérico	2
TIPCON	Tipo de consulta	Numérico	1

donde:

FS: Fecha en la que se realiza la salida del fichero de pacientes pendientes.
En las salidas por los motivos 1, 2, 3 y 5 corresponde a la **Fecha de visita o realización de la prueba**.
En las salidas por los motivos 4, 6, 7 y 9 corresponde a la fecha en la que se tramita la incidencia.
En el caso de aquellas consultas o pruebas diagnósticas derivadas a centros concertados corresponderá a la fecha en la que se ha atendido al paciente en el centro concertado.

TIPSAL: Se codificará

- 1 (Actividad programada realizada en jornada ordinaria)
- 2 (Actividad programada realizada en jornada extraordinaria)
- 3 (Actividad sin cita previa)
- 4 (Renuncia voluntaria)
- 5 (Consulta / Prueba no realizada por no presentarse el paciente)
- 6 (Aplazamiento de la cita a petición del paciente)
- 7 (Aplazamiento cita por motivos debidos a la propia institución)
- 8 (Traslado a centro concertado)
- 9 (Cita errónea)

donde:

<p>3. La actividad "sin cita previa" se refiere a aquellas consultas y exploraciones realizadas durante el tiempo asignado esta actividad y en el que la atención a urgencias no está contemplada. Las salidas por los motivos 6 (aplazamiento a petición del paciente) y 7 (aplazamiento de la cita por motivos institucionales), generan un nuevo registro de entrada.</p>
--

TIPCON: Se codificará únicamente en el caso de consultas:

- 1 Consulta ordinaria
- 2 Consulta de alta resolución

APÉNDICE A.5

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES CON NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN: Anexo I.B.1 (Personal), Anexo I.B.2 (Absentismo), Anexo III (Costes), Anexo IV.A (Calidad), Anexo IV.B (Satisfacción), Anexo V (Seguimiento Económico-Financiero).

ANEXO I.B.I RECURSOS HUMANOS

La información se remitirá mensualmente, y antes de los 15 primeros días del siguiente mes, a la Subdirección General de Desarrollo.

Personal a jornada completa

Grupo	Categoría	Total laboral fijo	Total laboral no fijo	Otras contrataciones	Otras empresas
Grupo 0	Gerente Directores Subdirectores				
Grupo I	Coordinadores Áreas / Jefe Servicio Jefe Sección Facultativos médicos Facultativos no médicos Sistema MIR Responsable Unidad no asistencial				
Grupo II	Titulados Superiores no sanitarios				
Grupo III	Supervisoras ATS / DUE Matronas Fisioterapéutas Titulados Grado Medio no sanitarios				
Grupo IV	Técnico Especialista Administrativo (FP II)				
Grupo V	Aux. Enfermería Aux. Técnico Administrativo (FP I)				
Grupo VI	Personal auxiliar sin formación				

Personal a tiempo parcial (idéntica clasificación) Nº de horas del personal a tiempo parcial (idéntica clasificación)

Distribución facultativos por áreas

ÁREAS	PERSONAL A JORNADA COMPLETA				Nº DE HORAS DEL PERSONAL A TIEMPO PARCIAL			
	Total laboral fijo	Total laboral no fijo	Otras contrataciones	Otras empresas	Total laboral fijo	Total laboral no fijo	Otras contrataciones	Otras empresas
Alergología								
Cardiología								
Dermatología								
Digestivo								
Endocrinología y Nutrición								
Geriatría								
Hematología y Hemoterapia								
Medicina Interna								
Nefrología								
Neumología								
Neurología								
Oncología								
Psiquiatría								
Rehabilitación								
Reumatología								
Anestesiología y Reanimación								
Angiología y C. Vascular								
C. Cardiovascular								
C. General y Digestiva								
C. Maxilofacial								
C. Pediátrica								
C. Plástica								
C. Torácica								

Distribución facultativos por áreas (Cont.)

ÁREAS	PERSONAL A JORNADA COMPLETA				Nº DE HORAS DEL PERSONAL A TIEMPO PARCIAL			
	Total laboral fijo	Total laboral no fijo	Otras contrataciones	Otras empresas	Total laboral fijo	Total laboral no fijo	Otras contrataciones	Otras empresas
Neurocirugía								
Oftalmología								
Otorrinolaringología								
Traumatología								
Urología								
Pediatría								
Ginecología y Obstetricia								
Medicina Intensiva								
Radiodiagnóstico								
Farmacia Hospitalaria								
Análisis Clínicos								
Anatomía Patológica								
Bioquímica Clínica								
Inmunología								
Microbiología y Parasitología								
Medicina Nuclear								
Farmacología Clínica								
M: Preventiva y Salud Pública								
Neurofisiología Clínica								
Oncología y Radioterapia								
Otros Facultativos								

DEFINICIONES TIPO DE CONTRATACIÓN

Nº total personal laboral fijo: Aquí se recogerán todos los trabajadores que presten sus servicios en la modalidad de Contrato laboral fijo suscrito con el propio centro.

Nº total personal laboral no fijo: Se refiere a todos los trabajadores que prestan sus servicios en el centro cuyo Contrato es de tipo laboral no fijo.

Nº total otras contrataciones: Se refiere a los trabajadores con los que se suscribe un Contrato no laboral, como contratos mercantiles.

Nº total de trabajadores de otras empresas: Todos aquellos trabajadores que presten sus servicios retribuidos por las empresas con las que la Fundación tenga suscrito un contrato de servicios (limpieza, cocina, mantenimiento, laboratorio, etc...). Se incluirá el número de trabajadores que figuren en el contrato para cubrir el servicio.

DEFINICIONES DE LA CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍAS PROFESIONALES

Grupo 0: El grupo se refiere a todo el equipo directivo, de primer y segundo nivel.

Los restantes grupos están sujetos a una clasificación basada en la titulación exigida, en ningún caso se tendrá en cuenta el modelo retributivo que se encuentre percibiendo el trabajador.

Grupo I: Este grupo está formado por Titulados Superiores de carácter sanitario, cuyo puesto de trabajo, relacionado con la asistencia requiera titulación universitaria de grado superior: Licenciatura o Doctorado de Medicina y Cirugía (especialistas o no) y Licenciatura o Doctorado en Biología, Farmacia, Química, Física...con especialidad sistema B.I.R., F.I.R. o Q.I.R...., respectivamente, y responsables de unidades no asistenciales.

Grupo II: Formado por los Titulados Superiores no sanitarios, definidos como aquellos profesionales cuyo puesto de trabajo requiera para su desempeño titulación universitaria no sanitaria de grado superior: Licenciatura o Ingeniería Superior.

Grupo III: Este grupo comprende a los Titulados de grado medio, que son aquellos profesionales, cuyo puesto de trabajo requiera para su desempeño titulación universitaria de grado medio: Diplomatura o Ingeniería técnica.

Grupo IV: Está integrado por los trabajadores cuyo puesto de trabajo requiera titulación de Formación Profesional II, tanto de carácter sanitario como no sanitario.

Grupo V: Está formado por los trabajadores cuyo puesto de trabajo requiera titulación de Formación Profesional I, tanto de carácter sanitario como no sanitario.

Grupo VI: Comprende al personal auxiliar sin titulación.

DEFINICIONES TIPO DE JORNADA

La información se remitirá diferenciando aquellos trabajadores que se encuentran contratados a jornada completa y a tiempo parcial.

Nº DE HORAS DEL PERSONAL A TIEMPO PARCIAL

Se reflejará la suma de las horas trabajadas por el personal contratado a tiempo parcial en cada una de los epígrafes de las tablas.

DEFINICIONES DE LA CLASIFICACIÓN DE FACULTATIVOS POR ESPECIALIDAD

En esta clasificación se procederá al desglose de los profesionales incluidos en el grupo I de la clasificación por categorías profesionales según la especialidad donde prestan sus servicios.

Dentro de esta clasificación, en el apartado de otros se incluirán los facultativos adscritos al los servicios o unidades de Admisión, archivos, documentación clínica, sistema de información, calidad y urgencias.

Así, el total del grupo I, excluidos los responsables de unidades no asistenciales, ha de coincidir con la suma de facultativos de las distintas especialidades.

ANEXO I.B.2

RECURSOS HUMANOS ABSENTISMO

La información se remitirá mensualmente, y antes de los 15 primeros días del siguiente mes, a la Subdirección General de Desarrollo.

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

GRUPO	N.º TOTAL DE BAJAS A FIN DE MES	N.º ALTAS TRAMITADAS	N.º BAJAS TRAMITADAS	N.º DE DÍAS DE BAJA DE LAS ALTAS	N.º DE DÍAS AUSENCIA
I					
II					
III					
IV					
V					
VI					

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL (Idéntica clasificación)

AUSENCIAS DEL TRABAJO POR OTRAS RAZONES (Se recoge por grupos)

- N.º DE DÍAS AUSENCIA POR DESCANSO MATERNAL
- N.º DE DÍAS AUSENCIA POR OTRAS CAUSAS

DEFINICIONES

A) Causas:

1. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL:

Se consideran aquellas situaciones de ausencia al trabajo por enfermedad común o accidente no laboral, siempre y cuando medie la extensión del correspondiente parte de baja (modelo P.9).

2. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL:

Aquellas situaciones de ausencia al trabajo causadas por una enfermedad profesional o por un accidente de trabajo, siempre que vaya acompañada del correspondiente parte de baja por accidente de trabajo o enfermedad profesional. (modelo P.9/11)

3. DESCANSO MATERNAL:

Ausencia al trabajo por ser subsidiario de la prestación de la Seguridad Social de descanso maternal, siempre que vaya acompañado del correspondiente Informe de "Maternidad oficial".

4. OTRAS AUSENCIAS:

Todas aquellas sin justificar o las justificadas únicamente por volante, informes privados o documentos distintos de los arriba mencionados, también se excluyen:

- Vacaciones.
- Permisos para actividades científicas y de formación
- Permisos por causas justificadas:
 - Fallecimiento de cónyuge, ascendientes o descendientes
 - Enfermedad grave o intervención de familiares con la misma relación que el apartado anterior.
 - Matrimonio del trabajador.
 - Paternidad.
 - Traslado de domicilio.
 - Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público y personal.
 - Excedencias voluntarias.

B) Datos:

Los datos que se solicitan a continuación sólo se refieren a personal con contrato laboral fijo o no fijo.

Nº de DÍAS CONTRATADOS: Se computaran el número de días contratados por grupos.

Para los trabajadores con contrato laboral fijo o no fijo que han prestado sus servicios durante todo el mes, se computará 30 días para cada trabajador.

Si la relación laboral se inicia después del primero de mes o finaliza antes de final de mes, los días contratados serán el resultado de restar de 30, el número de días del mes que quedan fuera del contrato.

Cuando se trate de personal con contrato a tiempo parcial, los días contratados se ajustaran multiplicando para cada trabajador a tiempo parcial el número de horas/día de estos trabajadores por 30 y el resultado se dividirá por la jornada media (en horas) de personal a tiempo completo.

Nº TOTAL DE BAJAS I.T. A FIN DE MES: El número total de trabajadores registrados como bajas en el momento del cierre del mes (día 30 de cada mes) (1)

Nº ALTAS I.T. TRAMITADAS: El número total de altas de Incapacidad Temporal que se han tramitado en el mes de referencia. Se incluirán las altas de procesos cuya baja laboral se inicio tanto en mes de referencia como en meses anteriores. (2)

Nº BAJAS I.T. TRAMITADAS: El número total de bajas por Incapacidad Temporal que se hayan tramitado en el mes de referencia.(3)

Estos datos deberán cuadrar según la formula (1) mes anterior – (2) mes + (3) mes = (1) mes; salvo finalización de contrato de alguno de los trabajadores en situación de baja.

Nº DE DÍAS DE BAJA DE LAS ALTAS POR I.T.: El sumatorio de todos los días de baja ocasionados por los procesos incluidos como "altas I.T. Tramitadas". Al contabilizar los días de baja se incluirán tanto el día de inicio como el de finalización del proceso de baja.

Nº DE DÍAS AUSENCIA: El sumatorio de todos los días de ausencia ocasionados en el mes de referencia; realizando el mismo ajuste que para los días contratados, en el caso de trabajadores a tiempo parcial.

ANEXO III

COSTES SERVICIOS FINALES Y SERVICIOS INTERMEDIOS

Para organizar esta información se enviarán los costes de los Servicios Finales y servicios Intermedios siguiendo los criterios de definiciones, estructura e imputación que siguen el resto de hospitales del INSALUD y otras Comunidades Autónomas (Proyecto geclif). En formato de libro excel según modelo adjunto, con una hoja por mes.

Se separará la información de costes en:

- Costes hospitalarios.
- Costes no hospitalarios.

Costes no hospitalarios:

1. Consultas externas extrahospitalarias.
2. Consultas externas intrahospitalarias.
3. Apoyo a la atención primaria.
4. Hospitalización a domicilio.
5. Medicación especial externa.
6. Urgencias no ingresadas.
7. Traspaso servicios intercentros.
8. Docencia e investigación.
9. Unidades extracción de órganos.
10. Hospital de día médico.
11. Tratamientos ambulatorios (hemodiálisis, rehabilitación, etc.).
12. Cirugía menor ambulatoria.

Los conceptos de Servicio Final e Intermedio o Estructural, serán lo que se define en el mencionado proyecto geclif, así como los de coste directo o propios indirectos o repercutidos.

APÉNDICES

SERVICIOS FUNCIONALES FINALES		DIRECTOS					INDIRECTOS O REPERCUTIDOS						ESTRUC.	
		Personal	Suministros Sanitarios	Farmacia	Suministros No Sanit.	Otros	Lab	RX	Hos	Con	Qui	Urgen. No ingr.		Otros
MIR	Plas.													
	Euros													
CGD	Plas.													
	Euros													
TRA	Plas.													
	Euros													
GIN	Plas.													
	Euros													
URG	Plas.													
	Euros													
PRI	Plas.													
	Euros													
CAJ	Plas.													
	Euros													

ANEXO III. COSTES SERVICIOS FINALES Y SERVICIOS INTERMEDIOS

<i>Servicios funcionales intermedios</i>	<i>Directos</i>					<i>Indirectos o Repercutidos</i>	<i>Estructurales</i>
	<i>Personal</i>	<i>Suministros Sanitarios</i>	<i>Farmacia</i>	<i>Suministros No Sanit.</i>	<i>Otros</i>		
EST	Plas.						
	Euros						
QUI	Plas.						
	Euros						
LAB	Plas.						
	Euros						
RAD	Plas.						
	Euros						
CEX	Plas.						
	Euros						
HDD	Plas.						
	Euros						
HOS	Plas.						
	Euros						

ANEXO IV.A CALIDAD

La remisión de información para la evaluación se efectuará con carácter anual de acuerdo al Plan de Calidad 2001, según se recoge en el contrato de gestión.

Cada centro tendrá la obligación de elaborar una Encuesta al alta hospitalaria y ofrecer su cumplimentación a todos los pacientes hospitalizados. En dicha encuesta recogerá información referente a todos los aspectos relacionados, directa o indirectamente, con la atención recibida durante su estancia. Esta información se remitirá con carácter trimestral dentro de los primeros 15 días del mes siguiente y el formato será libre según el modelo de encuesta de cada centro.

El resto de la información referente a la calidad, recogida en este anexo y que se muestra en la siguiente tabla, se remitirá con carácter mensual a la Subdirección General de Desarrollo, antes del día 15 del mes siguiente al período al que se refiere dicha información.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	
Reclamaciones resueltas y contestadas en un plazo inferior a 30 días	
INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES	
% Servicios Clínicos con lugar y horario para informar a familiares expresado de forma explícita en un plan de información a familiares.	
Documentos de Consentimiento Informado implantados y que cumplen los criterios establecidos por el Consejo Interterritorial, o por el acuerdo del Grupo de Expertos del MSC, que están avalados y normalizados.	
% de pacientes con documento de consentimiento informado firmado y reflejado en la H.C.	
INFECCIÓN NOSOCOMIAL	
Prevalencia de infección nosocomial (expresado en tanto por cien)	* Anual
Prevalencia de infección de la herida quirúrgica (expresado en tanto por cien).	* Anual

Prevalencia de infección del tracto urinario en pacientes sondados (expresado en tanto por cien).	
OTROS INDICADORES	
% pacientes que permanecen >6 h. en urgencias	
% pacientes que permanecen 3-6 h. en urgencias	
% ingresos desde urgencias en 72 h. Posteriores a la realización de Cirugía Ambulatoria.	
% de refrecuentación en urgencias en las 72 h. siguientes a su atención.	

DEFINICIONES:

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

- **Reclamaciones resueltas y contestadas en un plazo inferior a 30 días:** Se refiere al número de reclamaciones resueltas y contestadas por escrito, y en cuyo escrito vaya incluida la forma de resolución, en un plazo no superior a 30 días, contado a partir de la fecha de su presentación por el usuario.

INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES

- **Porcentaje de servicios clínicos con lugar y horario para informar a familiares:** Se considera como numerador el número de Servicios Clínicos que tienen de forma explícita dentro del plan documentado de información a familiares, un lugar y horario determinados para la información a familiares. El denominador será el número de Servicios Clínicos del hospital.
- **Documentos de consentimiento informado implantados:** Se refiere al número de documentos de Consentimiento informado implantados en procedimientos diagnósticos o terapéuticos, conformes con los criterios establecidos por el Consejo Interterritorial o por el Grupos de expertos del Ministerio de Sanidad y consumo, que están avalados y normalizados.
- **Porcentaje de pacientes con documento de consentimiento informado firmado y reflejado en la historia clínica:** Se considera como tal, el nº de pacientes que firman el documento de Consentimiento Informado y éste aparece recogido en la historia clínica. En caso de que un paciente hubiera firmado más de un documento de consentimiento informado, se reflejará un número igual al de documentos firmados y contenidos en la historia. El denominador esta formado por todos los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que poseen documento de consentimiento informado implantado.

INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Los estudios de prevalencia se realizarán en un corte transversal sobre los pacientes hospitalizados.

- **Prevalencia de Infección Nosocomial** (corte transversal)

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial}}{\text{Número total de pacientes estudiados}} \times 100$$

- **Prevalencia (*) de Infección de herida quirúrgica** (corte transversal)

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de enfermos con infección de herida quirúrgica en pacientes intervenidos}}{\text{Número de enfermos intervenidos}} \times 100$$

(*) Se estratificará la prevalencia por *grado de contaminación* y *ASA*.

Grado de contaminación del procedimiento:

Limpia
Limpia contaminada
Contaminada
Sucia

ASA: 1 al 5

- **Prevalencia de Infección del tracto urinario en pacientes sondados** (corte transversal)

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de enfermos con infecciones urinarias en pacientes sondados}}{\text{Número de pacientes sondados}} \times 100$$

OTROS INDICADORES

- **Porcentaje de pacientes que permanecen > 6h. en urgencias.**

Se define como el porcentaje de pacientes que permanecen en urgencias más de 6 horas; solo se considerarán urgencias no ingresadas tanto en el denominador como en el numerador.

- **Porcentaje de pacientes que permanecen entre 3 y 6 h en urgencias**
- **Porcentaje de ingresos desde urgencias en 72 h. posteriores a la realización de Cirugía Ambulatoria.**

Se define como el porcentaje de pacientes que tras ser sometidos a una intervención o acto quirúrgico de cirugía ambulatoria, acuden a urgencias y son hospitalizados, en el plazo de las 72 h siguientes a la intervención; sobre el total de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.

- **Porcentaje de refrecuentación en urgencias en las 72 h. siguientes a su atención.**

Se define como el porcentaje de pacientes que tras ser atendidos en el área de Urgencias, regresan a la misma, en el plazo de las 72 h siguientes; sobre el total de urgencias no ingresadas.

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de pacientes que regresan a Urgencias en 72 horas siguientes a su atención}}{\text{Número total de urgencias no ingresadas}} \times 100$$

ANEXO IV.B SATISFACCIÓN: RECLAMACIONES Y FELICITACIONES

La información se remitirá mensualmente, y antes de los 15 primeros días del siguiente mes, a la Subdirección General de Desarrollo.

La información solicitada se enviará en el formato de Libro Excel según modelo adjunto, cada hoja corresponderá a cada uno de los meses del año, y a efectos de su cumplimiento, se deberán seguir las siguientes instrucciones:

- Cada impreso de reclamación o felicitación que cumplimente un usuario será considerado como una única reclamación o felicitación, con independencia de que en el mismo se contemplen varios motivos de queja o de elogio. Para su clasificación, se atenderá al motivo principal o más grave de la queja o de la felicitación, en su caso.
- Se consideran felicitaciones, los escritos realizados por los usuarios con el objetivo de elogiar alguno de los aspectos de la asistencia recibida o de las personas que la prestan. Aquellos escritos de los usuarios que recojan algún tipo de reclamación o queja, no se clasificarán nunca como felicitaciones, aún en el caso de que incluyan algún tipo de elogio o alabanza.

CLASIFICACIÓN Y DEFINICIONES DE LAS RECLAMACIONES (*)

1. Total reclamaciones: N° total de reclamaciones recibidas en el mes correspondiente.

2. Reclamaciones relativas a la estructura:

2.1. Limpieza: referidas al estado de limpieza de las instalaciones.

2.2. Habitabilidad: referidas al grado de confortabilidad del entorno físico.

(*) Valorar en sentido contrario para felicitaciones.

- 2.3. Recursos materiales: falta, disfunción, deterioro o insuficiencia de aparatos clínicos, instalaciones, estructura física y dotación de material.
 - 2.4. Señalización general del centro: falta o insuficiencia de la señalización del centro.
 - 2.5. Cocina: cuando se considera que la comida recibida por los pacientes está fría, escasa, en mal estado, mal preparada o mal presentada.
 - 2.6. Lencería: falta, escasez, suciedad o deterioro del material textil.
 - 2.7. Transporte: deficiencias, demoras o cualquier otro problema producido en los traslados en ambulancia.
 - 2.8. Otros: cualesquiera relativos a la estructura que no estén contemplados en los ítems anteriores.
3. Reclamaciones relacionadas con la administración y organización del centro:
 - 3.1. Organización y normas: normas que regulan el funcionamiento del centro, servicio o unidad, incluidos los trámites administrativos y las normas consuetudinarias.
 - 3.2. Información general recibida: falta o desvirtuación de la información general del centro dada al usuario o cuando ésta es incompleta.
 - 3.3. Citaciones: referida tanto a las de consultas externas como las de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 - 3.4. Desaparición o sustracción de objetos o documentos: No localización de cualquier pertenencia del usuario o de informes, expedientes, historias clínicas, pruebas diagnósticas....
 - 3.5. Cobro de honorarios: percepción indebida de honorarios.
 - 3.6. Otros: cualesquiera reclamación relacionada con la administración y organización del centro que esté motivada por causas diferentes a las contempladas en los ítems anteriores.
4. Reclamaciones relativas a la asistencia
 - 4.1. Lista de espera: demora generada por la acumulación de usuarios que requieren atención de igual especialidad.
 - 4.2. Denegación o falta de asistencia: Al usuario se le ha negado la asistencia, o éste considera que se le ha prestado una asistencia insuficiente o ha carecido de la misma.
 - 4.3. Demora en la asistencia: excesiva espera para ser atendido
 - 4.4. Incumplimiento de horario: falta de puntualidad o ausencia total o parcial del personal durante la jornada laboral.
 - 4.5. Suspensión del acto asistencial: se suspende un acto asistencial que estaba previsto realizar.

- 4.6. Trato personal: aspecto humano, estilo o modo de relacionarse con el usuario o de comunicar con él, incluyendo las faltas de respeto y consideración con el público en general o con el resto del personal.
- 4.7. Disconformidad con la asistencia recibida y/o el tratamiento aplicado: El usuario considera que no se han puesto los medios suficientes para la detección precoz, evitar la aparición de la enfermedad o para la identificación de la misma, o considera que no se han aplicado los medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos o quirúrgicos para el alivio o curación de la enfermedad o para la adquisición de las capacidades perdidas.
- 4.8. Información clínica del proceso: Falta o desvirtuación de la información clínica dada al usuario o cuando ésta es incompleta. Falta o insuficiencia de consentimiento informado.
- 4.9. Otros: cualesquiera reclamación relativa a la asistencia cuya causa sea diferente a las contempladas en los ítems anteriores.

ANEXO V SEGUIMIENTO ECONÓMICO-FINANCIERO

La información se remitirá mensualmente, antes del día 15 del siguiente mes, en formato de Libro Excel según modelo adjunto (cada hoja corresponderá a cada uno de los meses del año), a la Subdirección General de Desarrollo.

En la elaboración de la información económica solicitada se tendrán presentes las definiciones incluidas en las "Instrucciones para la elaboración del Anteproyecto del Presupuesto 2001", pues con ello se pretende realizar un análisis comparativa con los hospitales-gestión directa del INSALUD.

GASTO REAL

El Gasto Real incluirá todas las obligaciones con contenido económico que graviten sobre el centro, tanto en el mes considerado (apartado 1 de la ficha) como en la proyección a 31 de diciembre del ejercicio en curso (apartado 2 de la ficha). Cada Centro de Gestión hará figurar el Gasto Real en aquellas Subfunciones y en aquellos códigos de la clasificación económica en los que participe, según su actividad y naturaleza.

Los importes deberán figurar en miles de pesetas.

Apartado 1 de la ficha

El Gasto Real de cada mes se obtendrá partiendo de las obligaciones reconocidas y contabilizadas al último día del mes, a las cuales se deberá deducir las deudas de ejercicios anteriores imputadas al presupuesto corriente hasta ese mes, y hay que acumular aquellas obligaciones frente a terceros que estén pendientes de contabilizar hasta esa fecha (último día del mes correspondiente) por servicios, suministros, etc... recibidos o realizados.

El Gasto Real del último mes del ejercicio se obtendrá de la siguiente fórmula:

Gasto Real igual a obligaciones reconocidas a 31 de diciembre del ejercicio en curso menos importe de las deudas comunicadas a 31 de diciembre del año anterior más el

importe de las deudas generadas y comunicadas o a comunicar, a la finalización del ejercicio.

Apartado 2 de la ficha:

Previsión Gasto Real. Contempla la proyección del Gasto Real a fin del ejercicio, que responderá a una estimación lo más ajustada posible al total de gastos del Centro de Gestión para el ejercicio completo.

La previsión se efectuará mensualmente y será lo más realista posible. La pretensión es conocer la situación económica total del Centro a 31 de diciembre del ejercicio en curso. Para dicha previsión, se tendrán en cuenta como referentes los estándares de comportamiento de años anteriores, incorporación de efectivos, análisis de gastos no extrapolables, consideración de aquellos períodos del año que inciden de manera específica en el gasto o aquellas actuaciones previstas o previsibles que vayan a realizarse en el ejercicio.

INGRESOS

La información que se recoge en este apartado como ingresos deberá figurar tanto en miles de pesetas como en Euros, considerando ingreso contable cuando se emite la factura. La previsión se efectuara mensualmente y será lo mas realista posible realizando una estimación de los ingresos acumulados a cierre del ejercicio.

SEGUIMIENTO ECONÓMICO					
Código	DESCRIPCIÓN	PESETAS		EUROS	
		Gasto real	Previsión	Gasto real	Previsión
GASTOS					
CAPÍTULO I					
13	Laborales				
130	<i>Laboral fijo</i>				
	1300 Altos cargos				
131	<i>Laboral eventual</i>				
16	Cuotas, prestaciones y gastos sociales a cargo del empleador				
	TOTAL GASTOS CAPÍTULO I				
CAPÍTULO II					
20	Arrendamientos y cánones				
202	<i>Arrendamientos de edificios</i>				
203	<i>Maquinarias, instalaciones y utillaje</i>				
204	<i>Elementos de transporte</i>				

ANEXO V. SEGUIMIENTO ECONÓMICO-FINANCIERO

	205	Mobiliario y enseres				
	206	Equipos para proceso de información				
21		Reparaciones, mantenimiento y conservación				
	213	Maquinaria, instalaciones y utillaje				
22		Material, suministros y otros				
	220	Material de oficina				
	221	Suministros				
	2210	Sum. de agua, gas, electricidad y calefacción				
	2211	Productos farmacéuticos y hemoderivados				
	2212	Instrumental y pequeño utillaje sanitario				
	2213	Instrumental y pequeño utillaje no sanitario				
	2215	Productos alimenticios				
	2216	Material sanitario para consumo y reposición				
	2217	Material no sanitario para consumo y reposición				
	2218	Combustible				
	222	Comunicaciones				
	223	Transportes				
	224	Primas de Seguros				
	225	Tributos				
	226	Gastos diversos (226 + 2264)				
	227	Trab. realizados por otras empr. y profesionales				
	2270	Informes, dictámenes y honorarios profesionales				
	2273	Limpieza				
	2274	Seguridad				
	2275	Servicios contratados de comedor				
	2276	Servicios Administrativos				
	2279	Lavandería y mantenimiento				
23		Indemnizaciones por razón del Servicio				
	230	Dietas				
	231	Locomoción				
24		Gastos de Publicaciones				
25		Asistencia Sanitaria con Medios Ajenos				
		TOTAL GASTOS CAPÍTULO II				
CAPÍTULO VI						
62		Inversión nueva asociada al funcionamiento Operativo de los servicios				
	623	Maquinaria, instalaciones y utillaje				
	624	Material de transporte				
	625	Mobiliario y enseres				
	626	Equipos para procesos de información				
	627	Otro inmovilizado material				
63		Inversión de reposición asociada al Funcionamiento operativo de los servicios				
	633	Maquinaria, instalaciones y utillaje				
	634	Material de transporte				
	635	Mobiliario y enseres				
	636	Equipos para procesos de información				
	638	Otro inmovilizado material				
		TOTAL GASTOS CAPÍTULO VI				
		TOTAL GASTOS				

<i>INGRESOS</i>					
		<i>PESETAS</i>		<i>EUROS</i>	
		<i>Ingresos</i>	<i>Previsión</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Previsión</i>
	Subvenciones y Donaciones				
	Ingresos por prestación de servicios Financiados por INSALUD				
	Otros ingresos por prestaciones de servicios a otros financiadores				
	Ingresos financieros				
	Ingresos selección de personal				
	Otros ingresos (Cánones ...)				
	TOTAL INGRESOS				

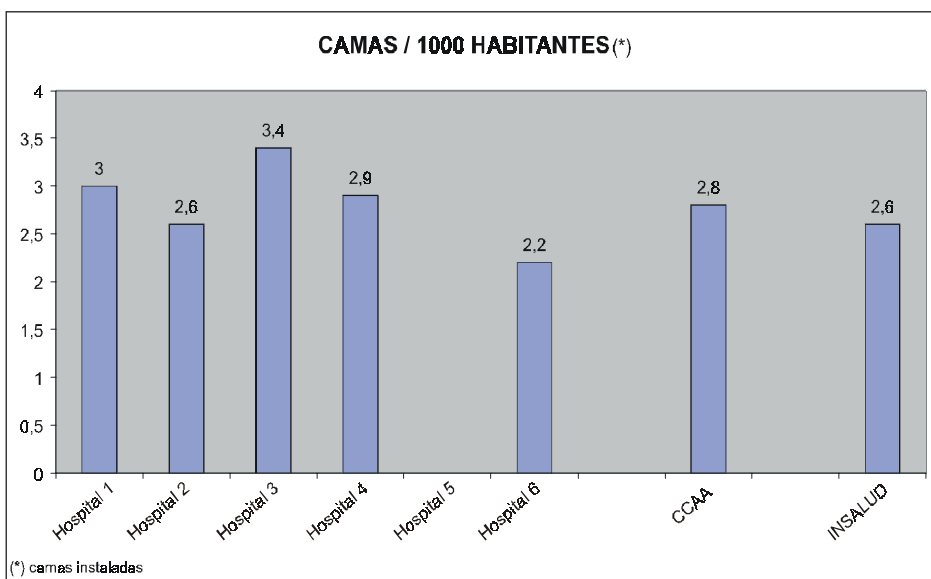
APÉNDICE B.1.

MAPA DE RECURSOS

COMUNIDAD AUTÓNOMA:

RELACION DE RECURSOS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL INSALUD
(Tanto de Agudos como de Media y Larga Estancia)

AREA	HOSPITALES INSALUD	GRUPO	POBLACION ADSCRITA (**)	CAMAS INST.	CENTROS DE ESPECIALIDADES
I	Hospital 1 Hospital 2		num-hab. num-hab.	num camas num camas	C.E. 1 C.E.2 C.E.3
II	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3		num-hab. num-hab. num-hab.	num camas num camas num camas	C.E. 1 C.E.2 C.E.3 C.E.4
III	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3		num-hab. num-hab. num-hab.	num camas num camas num camas	C.E. 1 C.E.2 C.E.3
IV	Hospital 1 Hospital 2		num-hab. num-hab.	num camas num camas	



COMUNIDAD AUTÓNOMA:

AREA SANITARIA PROVINCIA GRUPO	— Hospital 1	— Hospital 2	== Hospital 1	=== Hospital 1	=== Hospital 2	=== Hospital 3	≧ Hospital 1	≧ Hospital 2	TOTAL CCAA
INFRAESTRUCTURA									
Camas instaladas	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Quirófanos instalados	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Paritorios	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Oncohematológico: P. H. Día	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Sida: P. H. Día	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Psiquiátrico: P. H. Día	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Geriátrico: P. H. Día	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Otros: P. H. Día	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Locales de consulta	n	n	n	n	n	n	n	n	total
EQUIPAMIENTO/TECNOLOGIA									
Equipos Radiología Convencional	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Ecógrafos Servicio de Radiología	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Ecógrafos Servicio de Cardiología	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Ecógrafos Otros Servicios	n	n	n	n	n	n	n	n	total
TAC	n	n	n	n	n	n	n	n	total
RNM	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Angiógrafos Digitales	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Salas de Hemodinamia	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Acelerador Lineal	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Bomba de Cobalto	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Planificadores	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Simuladores	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Gammacámaras	n	n	n	n	n	n	n	n	total
Litotricia	n	n	n	n	n	n	n	n	total

n= número

P.H. Día: Puestos hospital de día.

APÉNDICE B.2.

DATOS E INDICADORES DE ACTIVIDAD

INDICADORES CON EVOLUCIÓN MENSUAL

HOSPITAL:

PROVINCIA

COMUNIDAD AUTÓNOMA:

DATOS DE ESTRUCTURA Y ACTIVIDAD	MESES			TOTAL
	mes 1	mes 2	mes ...	
ESTRUCTURA				
Camas Instaladas				
Camas en funcionamiento				
Quirófanos Hosp.: Instalados				
en func. Program.				
en func. Urgentes				
Quirófanos CEP: Instalados				
en func. Program.				
en func. Urgentes				
Locales de consulta (Hosp.+CEP)				
Puestos hospital de día				
HOSPITALIZACIÓN				
Ingresos programados				
Ingresos urgentes				
Altas totales				
Estancias totales				
Urgencias totales				
Necropsias (Hospitalizac.+urgencias)				
Exitus (Hospitalizac.+urgencias)				
ACTIVIDAD QUIRURGICA				
Int. Quir. Programadas con ingreso				
Int. Quir. Urgentes con ingreso				
Procedimientos Individualizados Cir. Ambulatoria				
Otras I.Q. Amb. Programadas (H.+CEP)				
Partos totales				
TRASPLANTES: Riñón				
Córnea				
Corazón				
Hígado				
M. Osea				
Pulmón				
ACTIVIDAD AMBULATORIA				
Tratamientos hospital de día				
Enfermos en diálisis hospital				
Enfermos en hemodiálisis domicilio				
Enfermos en diálisis peritoneal				
Enfermos en diálisis C. Concertados				
Primeras consultas (Hosp.+CEP)				
Consultas sucesivas (Hosp.+CEP)				
EXPLORACIONES				
Ecografías (Hosp.+CEP)				
Mamografías (Hosp.+CEP)				
T.A.C. (Hosp.+CEP)				
T.A.C. en C. Concertados				
R.N.M. en el hospital				
R.N.M. en C. Concertados				
Litotricias en el hospital				

INDICADORES CON EVOLUCIÓN ANUAL

HOSPITAL:

PROVINCIA

COMUNIDAD AUTÓNOMA:

INDICADORES	AÑOS		
	Año 1	Año 2	Año...
OFERTA/DEMANDA			
Camas instaladas/1000 Hab. Ingresos totales/1000 Hab. Consultas totales/1000 Hab. Urgencias totales/1000 Hab. Interv. Quirúrgicas totales/1000 Hab.			
HOSPITALIZACIÓN			
Estancia media Índice de ocupación Índice de rotación % Ingresos programados Índice de mortalidad Índice de necropsias			
URGENCIAS			
Presión de urgencias % de urgencias ingresadas Urgencias/día Interv. Quir. Urgentes con ingreso/día			
ACTIVIDAD QUIRURGICA			
Interv. Quir. Programadas con ingreso/día hábil Interv. Quir. Prog./quirófanos Inst./día hábil Partos totales/día % Cesareas/partos Trasplantes totales			
ACTIVIDAD AMBULATORIA			
Consultas totales/día hábil Relación sucesivas/primeras Enfermos en diálisis Ecografías totales/día hábil (Hosp.+CEP) Mamografías totales/día hábil (Hosp.+CEP) T.A.C. Totales/día hábil (Hosp.+CEP) R.N.M. Totales/día hábil			

CEP: Centro de especialidades.

APÉNDICE B.3

CMBD: Estadísticos e informes por hospital

GRD DESCRIPCIÓN DEL GRD

CDM Categoría Diagnóstica mayor a la que pertenece el GRD

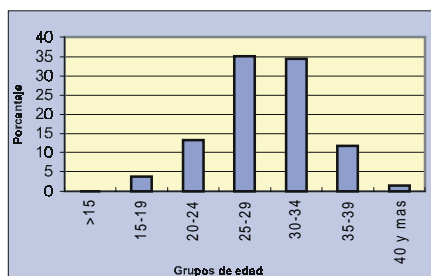
PESO Peso de Maryland (Versión AP.GRD's 14.1)

DATOS GENERALES

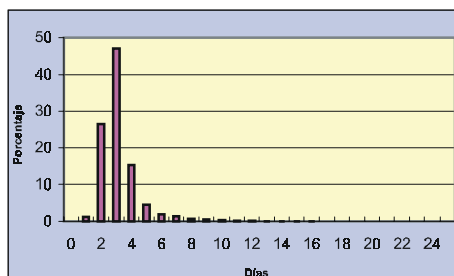
Altas totales num
 Porcentaje sobre el total de altas
 Estancia media bruta
 Estancia media depurada
 Desviación estándar
 Coeficiente de variación
 Porcentaje de casos extremos

DATOS GENERALES

	Altas	Porcentaje
< 1 año		
1-14 años		
15-34 años		
35-49 años		
50-64 años		
65-79 años		
80 y mas		



DISTRIBUCIÓN POR ESTANCIAS



DISTRIBUCIÓN SEGUN TIPO DE ALTA

	Altas	Porcentaje
Domicilio		
Traslado a otro hospital		
Alta Voluntaria		
Exitus		
Traslado a centro socio sanitario		

DISTRIBUCIÓN SEGUN FINANCIADOR

	Altas	Porcentaje
Desconocido		
Seguridad Social		
Corp. Locales/cabildos		
Mutualidades Públicas		
Mut. Acciden trabajo y enf profesionales		
Particulares		
Financiación mixta		
Otros		

DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

	Altas	Porcentaje
Hombres		
Mujeres		

REINGRESOS

Reingresos de 4 o menos días
Reingresos de 5 días a 1 mes

DISTRIBUCIÓN S/ INGRESOS

	Altas	Porcentaje
Urgente		
Programado		

INFORMACION POR GRUPOS DE HOSPITALES

	ALTAS	%	Est. Media
GRUPO 1			
GRUPO 2			
GRUPO 3			
GRUPO 4			
GRUPO 5			

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

código	DESCRIPCIÓN	Altas	Porcentaje
--------	-------------	-------	------------

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO-OBSTETRICO PRINCIPAL

código	DESCRIPCIÓN	Altas	Porcentaje
--------	-------------	-------	------------

25 GRD's MAS FRECUENTES DEL HOSPITAL

Nombre Hospital CEGA CCAA

GRD	DESCRIPCION	PESO	ALTAS	%	% ACUM	EMEDIA	DESV.EST
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	0,4842					
38	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	0,8158					
541	TRAST.RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR	2,4647					
372	PARTO CON COMPLICACIONES	0,588					
127	INSUFICIENCIA CARDÍACA & SHOCK	1,524					
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	0,6691					
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	1,2134					
14	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	2,0431					
359	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	1,0667					
209	REIMPLANTACION MAYOR ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.INFERIOR SIN INFECCION	3,4888					
777	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEDAD<18 SIN CC	0,4346					
381	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	0,4741					
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	0,2387					
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	0,8965					
410	QUIMIOTERAPIA	1,0995					
140	ANGINA DE PECHO	0,8989					
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	0,5754					
167	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	0,8053					
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	0,8343					
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	0,6519					
775	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	0,5998					
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	0,6057					
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	0,5935					
379	AMENAZA DE ABORTO	0,4245					
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	0,6544					
TOTAL HOSPITAL		PM	ALTAS			GLOBAL	

EMEDIA= Estancia media
 DESV. EST.= Desviación Estandar
 PM= Peso medio hospital

25 GRD's DE MAYOR CONSUMO DE RECURSOS

GRD	DESCRIPCION	PESO	ALTAS	%	% ACUM	UPHs	CEGA	CCAA
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	0,4842						
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	0,8158						
541	TRAST. RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR	2,4647						
372	PARTO CON COMPLICACIONES	0,588						
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	1,524						
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	0,6691						
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	1,2134						
14	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	2,0431						
358	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA. IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	1,0667						
209	REIMPLANTACION MAYOR ARTICULACION & MIEMBRO EXTR. INFERIOR SIN INFECCION	3,4898						
777	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST. DIGESTIVOS MISCELA. EDAD<18 SIN CC	0,4346						
381	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTERTOMIA	0,4741						
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	0,2387						
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	0,8865						
410	QUIMIOTERAPIA	1,0995						
140	ANGINA DE PECHO	0,8999						
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST. DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	0,5754						
187	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	0,8053						
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	0,8343						
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE ODO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	0,6518						
775	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	0,5996						
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	0,6057						
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE AND & ENTEROSTOMIA SIN CC	0,5935						
379	AMENAZA DE ABORTO	0,4245						
125	TRAST. CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATERETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	0,6544						
		PESO MEDIO H.	TOTAL ALTAS			TOTAL UPHs		
		ALTAS TOTALES HOSPITAL.						

UPHs= Unidades ponderadas de Hospitalización (peso medio x n.º Altas)

APÉNDICE B.3.4

CMBD ASISTENCIA AMBULATORIA ESPECIALIZADA

INFORME GENERAL

HOSPITAL

CEGA

COMUNIDAD AUTÓNOMA

	CMBD	SIAE	Difer
I.- Técnicas Especiales			
Implantación de marcapasos cardíaco (MP) permanente			
Revisión de MP excepto sustitución de generador			
Revisión de MP, sustitución de generador			
Cateterismo cardíaco y/o arteriografía coronaria			
Angioplastia y valvuloplastia			
Desfibrilador automático			
Radiocirugía estereotáxica craneal			

II.- Registros de Procedimientos quirúrgicos y otros

Con procedimientos quirúrgicos (excepto*) y vasectomía			
Registros con procedimientos dermatológicos*			
Otros procedimientos			

Total CMBD AAE (I+II)

Evolución de procedimientos quirúrgicos ambulatorios extraídos

	Años	
Amigdalectomía		
Cataratas		
Cirugía de varices		
Fimosis		
Herniorrafia unilateral		
Herniorrafia bilateral		
Hallux valgus		
Drenaje quiste lacrímal		
Artroscopia		
Cirugía hemorroidal		
Legrado uterino		
Excisión sinus pilonidal		
Extirp. tumor de mama		
Liberación de vainas		
Orquidopexia		
Extrac. material osteos.		
Repar. fistula/fisura anal		
Colecistectomía laparoscópica		
Septoplastia		
Miringoplastia		
Hidrocele		
Vasectomía		
Ligadura de trompas		
Total		

Subdirección General de Desarrollo
 Área de Sistemas de Información - CMBD-AAE

Fecha

APÉNDICE B.3.5

PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

HOSPITAL CEGA CCAA

Fecha

DESCRIPCIÓN ALTAS % % ACUM.

CATARATAS			
FIMOSIS			
VASECTOMÍA			
LIBERACIÓN DE VAINAS			
AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA			
HERNIORRAFIA UNILATERAL			
ARTROSCOPIA			
LEGRADO UTERINO			
EXTIRPACIÓN TUMOR DE MAMA			
EXCISSION SINUS PILONIDAL			
EXTRACCIÓN MATERIAL OSTEOSÍNTESIS			
CIRUGÍA DE VÁRICES DE MIEMBROS INFERIORES			
DRENAJE DE QUISTE LACRIMAL			
HALLUS VALGUS			
LIGADURA DE TROMPAS			
SEPTOPLASTIA			
CIRUGÍA HEMORROIDAL			
REPARACIÓN FÍSTULA/FISURA ANAL			
HIDROCELE			
MIRINGOPLASTIA			
HERNIORRAFIA BILATERAL			
ORQUIDOPEXIA			
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA			

ALTAS TOTALES

APÉNDICE B.4

Lista de Espera Quirúrgica: Informe de situación y evolución de la LEQ

LISTA DE ESPERA QUIRURGICA
INFORME DE SITUACIÓN



Provincia:
Hospital:

Fecha de corte:

DATOS GLOBALES		num	%
Total LEQ			
De 0 a 3 meses			
De 3 a 6 meses			
De 6 a 9 meses			
> 9 meses			
Pacientes en LE/1000 Hab.			
Demora media (activos)			
Espera media (acu. salidas)			
Ind. entr./salida (acu. salidas)			

DISTRIBUCIÓN POR TRAMOS

FLUJO ANUAL DE ENTRADAS / SALIDAS						
ENTRADAS			SALIDAS			
Entradas mes			Salidas mes			
% ent/ Total activos			% sal> 6 m/Tot. Sal			
Índice entradas/salidas (mes)			Acumulado anual de salidas			
Acumulado anual de entradas			- % sal por interv. quirurgica (todas)			
- Entradas por 1000 Hab.			- % salidas por depuracion			
- Entr. por actualiz.fecha			- % sal por actualiz. fecha			

15 PROCESOS MAS FRECUENTES	Total L.E.Q.	> 6 m.	Demora media	Espera media (*)	Ind. Acum. Ent./Sal.	% sal. int.quir (**)
CATARATA						
HERNIA INGUINAL						
OSTEOARTROSIS/ENF AFINES						
DEFORMACION ADQUIRIDA DE DEDO GORDO						
TRASTORNO INTERNO RODILLA						
VENAS VARICOSAS DE LAS EXTREMIDADES INF						
ENFERMEDADES DE GLANDULAS SEBACEAS						
QUISTE PILONIDAL						
PREPUCIO REDUNDANTE Y FIMOSIS						
ATENCION CONTRACEPTIVA						
MONOEURITIS MIEMBRO SUPERIOR Y MONON						
HIPERPLASIA PROSTATICA						
ENFERMEDAD CRONICA DE AMIGDALAS Y ADE						
OTRA HERNIA ABDOMINAL SIN MENCION DE OB						
LIPOMA						
TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA						

ESPECIALIDADES	Total L.E.Q.	> 6 m.	Demora media	Espera media (*)	Ind. Acum. Ent./Sal.	% sal. int.quir (**)
Oftalmología						
Cirugía General y de Digestivo						
Traumatología						
Urología						
Otorrinolaringología						
Ginecología						
Angiología y C. Vascolar						
C. Cardiaca						
C. Maxilofacial						
C. Infantil						
C. Plástica						
C. Torácica						
Dermatología						
Neurología						

(*) Sobre acumulado anual
(**) Todo tipo de intervención

APÉNDICE B.5

Lista de Espera de Consultas: Informe de situación y evolución

ACTIVIDAD Y LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS

Hospital ...
 CCAA ...



Período:

LISTA DE ESPERA DE C.C.EE.

	Dato mes	Dif. Meses
Total pacientes pendientes		
Pacientes Pendientes SIAE		
% Ficheros SIAE		
Espera Media Pac. Pendientes (T.C.=1)		
Distribución según Tipo de Cita:	Nº	%
Tipo Cita = 1		
Tipo Cita = 2		
Tipo Cita = 3		
Tramos de Espera (Tipo de Cita = 1)	Nº	%
0 - 15		
16 - 30		
31 - 60		
61 - 90		
Más de 90 días		
Consultas Preferentes:	Nº	%
Número		
Espera Media		

ENTRADAS ULTIMO MES

	Dato mes	
Número		
Espera media (Tipo Cita = 1)		
Distribución tramos de espera	Nº	%
0 - 15		
16 - 30		
31 - 60		
61 - 90		
Más de 90 días		
Derivaciones At. Primaria		
Inicio Entradas / Salidas		

SALIDAS DE LISTA DE ESPERA

	Nº	%	Exp. Med. ¹
Total Salidas último mes			
Consultas Primeras SIAE			
% Salidas 1, 2, 3 (SIAE)			
Distribución por Motivos de salida			
Actividad programada en jornada ordinaria			
Act. programada en jornada extraordinaria			
Actividad sin cita previa			
Renuncia voluntaria			
No se presenta el paciente			
Aplazamiento a petición paciente			
Aplazamiento motivo institucional			
Traslado a centro consultado			
Cita errónea			
Distribución por tramos de espera ²			
0 - 15			
16 - 30			
31 - 60			
61 - 90			
Más de 90 días			
Consultas atendidas derivadas A. P. ^{2*}			
Salidas preferentes			

¹ De registros con Tipo de Cita = 1 (Primer Asocio libre)
² Registros con Tipo de Salida = 1, 2, 3

