

REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- TORREJÓN SALUD S.A.

REUNIÓN DE 21 DE FEBRERO DE 2013

Acta nº 3

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

D^a Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria.
D^a Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente.
D. Jesús Vidart Anchiá.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D^a Zaida M^a Sampedro Préstamo.- Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
D^a Rosa de Andrés de Colsa.- Delegada de la Administración.

Por Torrejón Salud S.A.

D. Iñaki Peralta Gracia.- Director General Sanitas-Hospitales.
D. Ignacio Martínez Jover.- Gerente del Hospital de Torrejón.
D. Jesús de Castro Sánchez.- Director Médico del Hospital de Torrejón.

Secretaria: D^a Yolanda Aguilar Olivares.- Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.
Asesora: Belén Alonso.- Subdirectora de Análisis de Costes.

En Madrid, siendo las 17,00 horas del día 21 de febrero de 2013, en la sala polivalente de la Consejería de Sanidad, C) Aduana, 29-2^a planta, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta, en aplicación de lo previsto en la cláusula 23.1 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital de Torrejón.

Pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

PRIMERO: Lectura y aprobación, si procede, del acta de la reunión celebrada el 7 de junio de 2012.- Se aprueba el acta por acuerdo de los asistentes.

SEGUNDO: Liquidación 2011.- Se analizan aspectos relativos a la propuesta de liquidación 2011, a la vista de los resultados expuestos y de la existencia de errores, se decide posponer la aprobación de la liquidación para la siguiente reunión que se celebre de la comisión mixta, una vez que se revisen los datos por ambas partes.

TERCERO: Balance de actividad y evolución de la población protegida.- La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria expone y analiza el balance de actividad que figura como **anexo 1** al acta.

CUARTO: Resultados de indicadores de seguridad, calidad y disponibilidad 2012.- La Directora General de Atención al Paciente presenta los resultados de los indicadores del año 2012 que se adjuntan como **anexo 2** al acta. Señala, asimismo, que próximamente se publicará la encuesta de satisfacción 2012.

QUINTO: Objetivos 2013.- La Directora General de Atención al Paciente analiza los objetivos 2013 que se adjuntan como **anexo 3** al acta, que son similares a los objetivos de 2012. Destaca, en lo relativo a la infección nosocomial, que se ha incluido el indicador de bacteriemias por *Stafilococo aureus* resistente a la meticilina. Se remitirán los objetivos para recabar la firma del gerente del hospital.

SEXTO: Derivación de las listas de espera.- La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria señala que los hospitales adscritos y dependientes del Servicio Madrileño de Salud, canalizan a los pacientes en lista de espera diagnóstica o quirúrgica, a través de los acuerdos marco establecidos al efecto. Se estudia en este momento que los hospitales concesionados, en su condición de hospitales públicos de la red del Servicio Madrileño de Salud participen en esta oferta de derivación. Se propone, en consecuencia, a los representantes del Hospital de Torrejón su participación en el programa de lista de espera al precio medio de las licitaciones del Acuerdo Marco. Los representantes del Hospital de Torrejón aceptan esta propuesta.

SÉPTIMO: Dar cuenta de los planes y documentos que con arreglo a los pliegos debe aportar la concesionaria.- La Directora General de Atención al Paciente, expone los documentos que se establecen en el pliego que deben ser presentados por la sociedad concesionaria. Asimismo, señala que la UTC se encargara de los indicadores no sanitarios a partir de 2013 y comprobará toda la documentación exigida.

Conforme a lo previsto en el pliego, relativo a las auditorías, la sociedad concesionaria deberá poner a disposición del órgano de contratación el 0,5% del precio anual del contrato, para la realización de auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

Tras un amplio debate sobre este asunto se acuerda tratar en la próxima reunión que se celebre, el destino del 0,5% del precio anual del contrato.

OCTAVO: Criterios para aplicar en la facturación intercentros.- La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria hace entrega a los representantes del Hospital de Torrejón de la propuesta de criterios para aplicar en la facturación intercentros que se adjunta como **anexo 4** al acta, para que lo estudien y analicen, quedando pendiente de presentación de observaciones por parte de los representantes del hospital.

NOVENO.- Ruegos y preguntas.- El Gerente solicita información relativa a la capita prevista para el año 2013.

Y no habiendo más asunto que tratar, se levanta la sesión a las 19,00 horas, lo que como secretaria certifico.

LA SECRETARIA,


Yolanda Aguilar Olivares

VºBº
LA PRESIDENTA


Patricia Flores Cerdán

Poblaciones

HOSPITAL DE TORREJÓN

TORREJÓN de ARDOZ

Daganzo

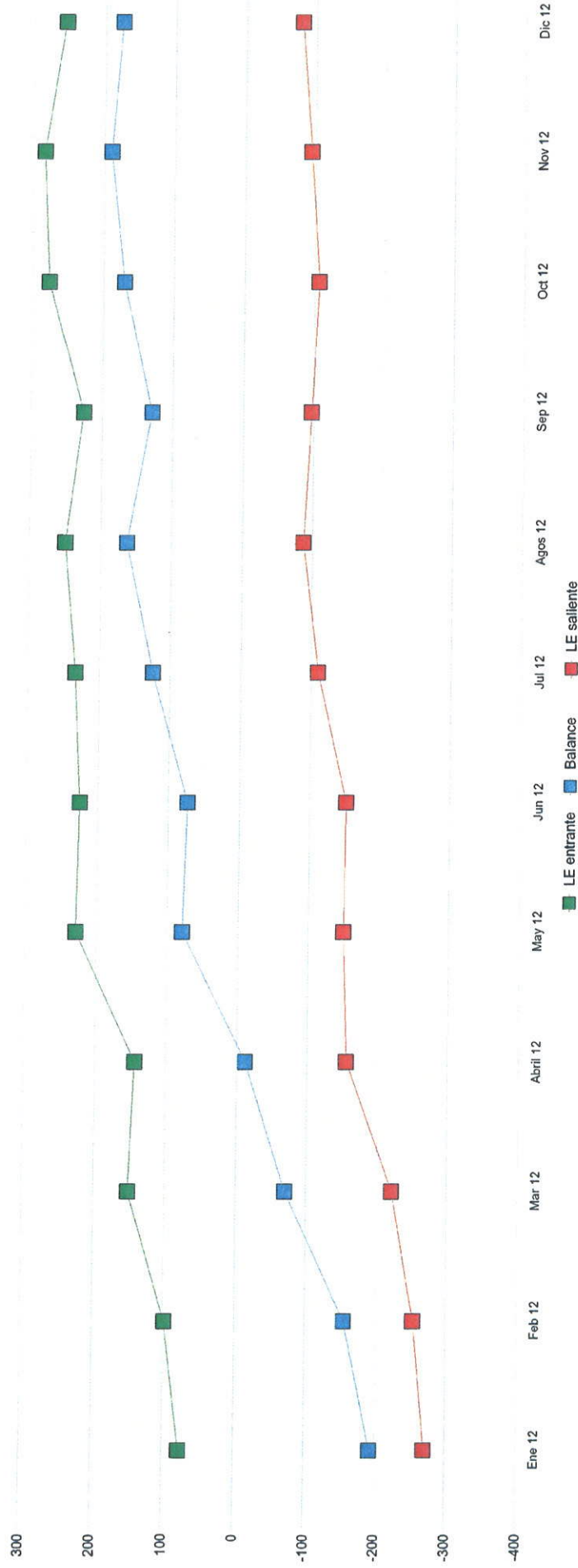
distrito	CODIGO	NOMBRE CENTRO	LOCALIDAD	POBLACIÓN (31/12/2011)			Total
				<14	14-64	>=65	
Este	16031510	C.S. BRÚJULA	TORREJÓN de ARDOZ	2.796	13.859	2.191	18.846
Este	16031210	C.S. FRONTERAS	TORREJÓN de ARDOZ	4.996	23.581	4.874	33.451
Este	16031410	C.S. JUNCAL	TORREJÓN de ARDOZ	4.736	19.638	1.692	26.066
Este	16031610	C.S. LA PLATA	TORREJÓN de ARDOZ	3.463	14.028	1.149	18.640
Este	16031310	C.S. LA VEREDILLA	TORREJÓN de ARDOZ	1.783	11.051	2.315	15.149
Este	16032210	C.S. LOS FRESNOS	TORREJÓN DE ARDOZ	2.198	7.130	812	10.140
Norte	16056210	CONS. DAGANZO	DAGANZO	2.946	9.441	1.070	13.457
TOTAL				22.918	98.728	14.103	135.749

1.- CITAS CAP

CITAS LE (EVOLUCIÓN)

HOSPITAL: H. TORREJÓN

Evolución de la libre elección

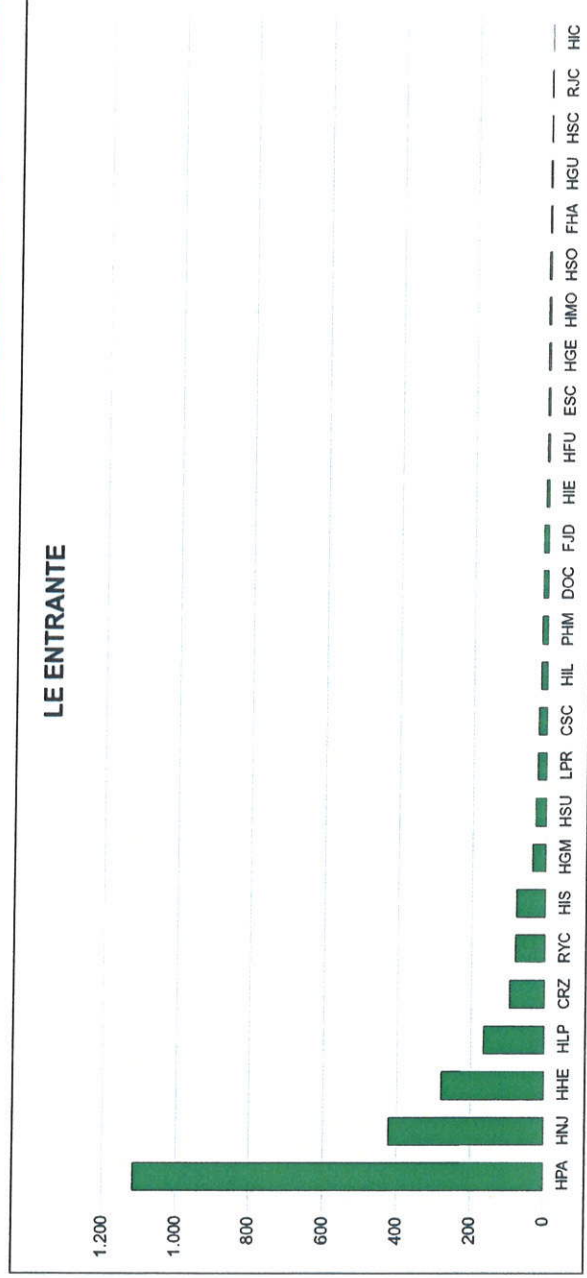


MES	Ene 12	Feb 12	Mar 12	Abril 12	May 12	Jun 12	Jul 12	Agos 12	Sep 12	Oct 12	Nov 12	Dic 12
LE ENTRANTE	77	99	152	144	229	225	234	250	226	276	284	255
LE SALIENTE	270	254	222	156	150	152	110	87	97	106	94	80
BALANCE	-193	-155	-70	-12	79	73	124	163	129	170	190	175

CITAS LE ENTRANTE POR HOSPITAL ORIGEN

HOSPITAL DESTINO: H. TORREJÓN

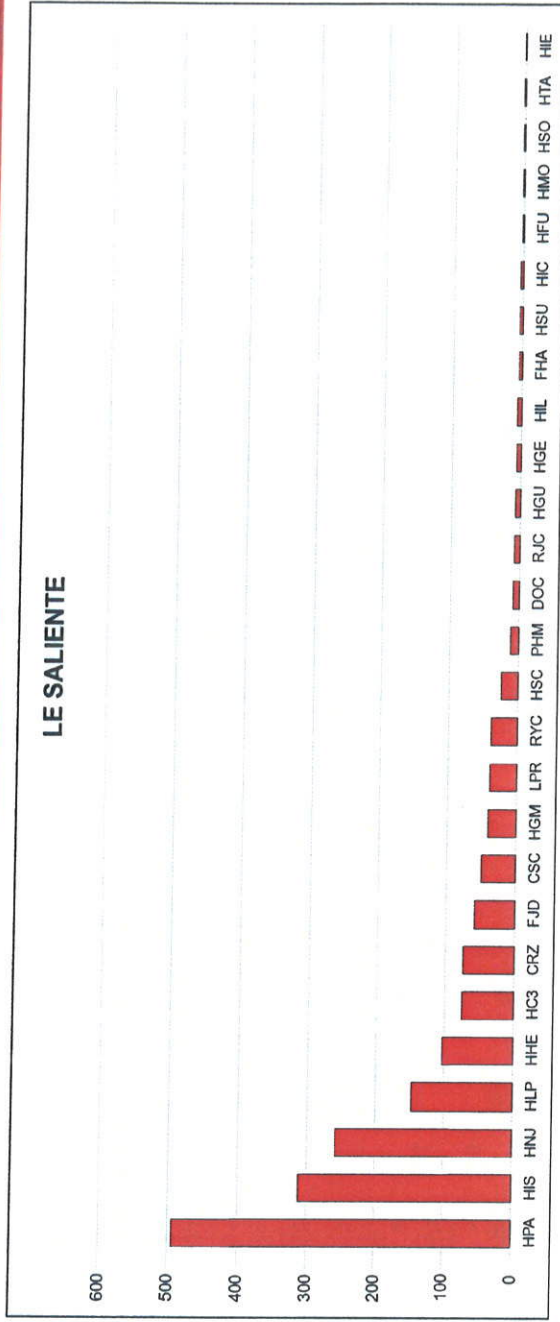
HOSPITAL ORIGEN	CITAS LE
H. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	1.117
H. INFANTIL NIÑO JESÚS	422
H. DEL HENARES - COSLADA	280
H. LA PAZ	165
H. CENTRAL DE LA CRUZ ROJA	94
H. RAMÓN Y CAJAL	79
H. INFANTA SOFÍA	77
H. GREGORIO MARAÑÓN	35
H. DEL SURESTE - ARGANDA	29
H. DE LA PRINCESA	23
H. CLÍNICO SAN CARLOS	22
H. INFANTA LEONOR - VALLECAS	17
H. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA	15
H. 12 DE OCTUBRE	14
H. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	14
H. INFANTA ELENA	7
H. DE FUENLABRADA	6
H. DE EL ESCORIAL	5
H. DE GETAFE	5
H. DE MÓSTOLES	5
H. SEVERO OCHOA	5
H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN	4
H. GÓMEZ ULLA	4
H. REY JUAN CARLOS	3
H. SANTA CRISTINA	3
H. INFANTA CRISTINA	1
TOTAL CITAS:	2.451



CITAS LE SALIENTE POR HOSPITAL DESTINO

HOSPITAL ORIGEN: H. TORREJÓN

HOSPITAL DESTINO	CITAS LE
H. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	494
H. INFANTA SOFÍA	312
H. INFANTIL NIÑO JESÚS	258
H. LA PAZ	147
H. DEL HENARES - COSLADA	103
H. CARLOS III	75
H. CENTRAL DE LA CRUZ ROJA	74
H. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	58
H. CLÍNICO SAN CARLOS	49
H. GREGORIO MARAÑÓN	40
H. DE LA PRINCESA	39
H. RAMÓN Y CAJAL	38
H. SANTA CRISTINA	24
H. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA	11
H. 12 DE OCTUBRE	9
H. REY JUAN CARLOS	8
H. GÓMEZ ULLA	7
H. DE GETAFE	6
H. INFANTA LEONOR - VALLECAS	6
H. DEL SURESTE - ARGANDA	4
H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN	4
H. INFANTA CRISTINA	3
H. DE FUENLABRADA	2
H. DEL TAJO - ARANJUEZ	2
H. DE MÓSTOLES	2
H. SEVERO OCHOA	2
H. INFANTA ELENA	1
TOTAL CITAS:	1.778



2.- ACTIVIDAD CM FLUJO INTERCENTROS

HOSPITAL DE TORREJÓN

RESUMEN ACTIVIDAD

Acumulado hasta Dic 2012

POBLACION		
Total C.M.	Propia	%Propia/ C.M.
6450718	140796	2,2

RESUMEN	TIPO POBLACION											Saldo L.E								
	Pob. Propia	%	Pob. Referencia	%	Pob. L. Espera	%	Pob. No Identif.	%	L.E. entrada	%	Finan. CCA	%	Otros Finan.	%	Resto	%	Total	L.E. salida	Balanc e Númer	% Desv Act por LE*
CONSULTAS	51.015	91,9				0,3	182	0,0	10	0,0	2	0,0	4.229	7,6	75	0,1	55.513	683	-673	1,3
HOSPITALIZACIÓN	6.997	80,8				0,0	2	1,9	162	0,2	13	0,2	1.448	16,7	40	0,5	8.662	2.940	-2.778	29,6
HOSPITAL DE DÍA																	0	3.519	-3.519	100,0
CIRUGÍA AMBULATORIA	6.183	92,1						1,2	82	0,0	2	0,0	435	6,5	8	0,1	6.710	1.008	-926	14,0
TÉCNICAS	36	97,3										1	2,7				37			
TOTAL ACTIVIDAD	64.231	90,6				0,3	184	0,4	254	0,0	17	0,0	6.113	8,6	123	0,2	70.922	17.658	-17.404	40,6

HOSPITAL DE TORREJÓN

Acumulado hasta Dic 2012

C.M.	Actividad Realizada en el Hospital										Saldo L.E		
	Total	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. List. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Nº	% Desv Act por LE*
HOSPITALIZACIÓN													
TOTAL	489.132	6997			2	162	13	1448	40	8662	2940	-2778	29,6
Embarazo, parto y puerperio	55.886	1270				33	1	281	6	1591	206	-173	14,0
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	11.312	216			1	12		31	1	261	50	-38	18,8
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	5.823	57				1		3		61	43	-42	43,0
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico	11.763	158				4	1	9	1	173	73	-69	31,6
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	7.587	31				1				32	105	-104	77,2
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	50.377	704				17	3	144	5	873	381	-364	35,1
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	25.588	354				2	1	36		393	164	-162	31,7
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	19.908	281				2		31	1	315	110	-108	28,1
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	13.674	152			1	6		22		181	85	-79	35,9
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	28.076	378				10		34	1	423	187	-177	33,1
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	56.243	885				16	1	126	4	1032	348	-332	28,2
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	52.110	737				11	1	89	3	841	316	-305	30,0
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	11.214	140				1		13		154	68	-67	32,7
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	7.265	86				2		5		93	46	-44	34,8
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	62.435	961				20	4	110	5	1100	275	-255	22,2
Enfermedades y trastornos del ojo	5.756	25						3		28	43	-43	63,2
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	26.666	318				12		55	5	390	177	-165	35,8
Enfermedades y trastornos mentales	9.057	11								11	35	-35	76,1
Infecciones VIH	1.682	14						1		16	15	-15	51,7
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	5.015	70				3		6	1	80	33	-30	32,0
Otras causas de atención sanitaria	4.241	37				1		3		41	75	-74	67,0
Quemaduras	454	1								1	5	-5	83,3
Recién nacidos y neonatos con condición orig. en periodo perinatal	11.124	80				6		435	7	528	46	-40	36,5
Trauma múltiple significativo	477	2						3		5			
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol	1.019	3						1		4	1	-1	25,0
Precategoría diagnóstica - GRD inespecífico	4.380	26				2		7		35	53	-51	67,1

HOSPITAL DE TORREJÓN

Acumulado hasta Dic 2012

C.M.	Actividad Realizada en el Hospital										Saldo L.E		
	Total	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. List. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*
TOTAL	217.795	6.183				82	2	435	8	6710	1008	-926	14,0
Embarazo, parto y puerperio	693	45				2		8		55	5	-3	10,0
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	818							1		1			
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	369	16						1		17	2	-2	11,1
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico	327	12								12			
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	477	13						2		15	2	-2	13,3
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	22.820	882				36	2	95	3	1018	122	-86	12,2
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	123	30				1		3		34		1	
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	14.459	841				9		51	1	902	77	-68	8,4
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	53.027	1.556				15		99	3	1673	231	-216	12,9
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	3.080	132				1		12		145	14	-13	9,6
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	3.865	71				1		7		79	54	-53	43,2
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	8.243	407				2		24	1	434	33	-31	7,5
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	10.563	220				2		14		236	40	-38	15,4
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	11.876	392				3		55		450	64	-61	14,0
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	165	3								3	3	-3	50,0
Enfermedades y trastornos del ojo	74.606	1.360				2		36		1398	282	-280	17,2
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	6.578	146				8		19		173	43	-35	22,8
Enfermedades y trastornos mentales	18	1								1			
Infecciones VIH	23												
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	597	17						1		18	3	-3	15,0
Otras causas de atención sanitaria	4.112	26						5		31	25	-25	49,0
Quemaduras	12									0	1	-1	100,0
Recién nacidos y neonatos con condición orig. en periodo perinatal	171												
Trauma múltiple significativo													
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol	1												
Precategoría diagnóstica - GRD inespecífico	772	13						2		15	7	-7	35,0

HOSPITAL DE TORREJÓN

Acumulado hasta Diciembre 2012

	C.M.	Actividad Realizada en el Hospital										Saldo L.E					
		Total	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. L. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Fianan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*			
CONSULTAS																	
TOTAL		3.278.922	51.015			182	10	2	4.229	75	55.513	683	-673	1,3			
Consultas médicas		1.276.850	20.816			74	3	1	1.722	31	22.647	402	-399	1,9			
Consultas pediátricas		86.215	394			5			124	7	530	4	-4	1,0			
Consultas psiquiátricas		91.878	832			5			28		865						
Consultas quirúrgicas		1.823.979	28.973			98	7	1	2.355	37	31.471	277	-270	0,9			

Resultados 2012 Indicadores de Calidad



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención al Paciente

Comunidad de Madrid

INDICADOR	META	Hospital de Torrejón	GRUPO 2 (media)	SERVICIO MADRILEÑO SALUD (media)
a) Calidad percibida				
3.a.1.-Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias	Máx. valor del grupo (95,0%)	92,6%	92,6%	92,4%
3.a.2.- Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011	Al menos 5 acciones	5	6	6 (total: 206)
3.a.3.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida (al menos una de participación de profesionales de primaria y otra para mejorar la satisfacción de urgencias)	Al menos 4 líneas de actuación	4	6	5 (total:176)
b) Seguridad paciente y gestión de calidad				
3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro	Al menos 5 objetivos	18	8	7 (total: 259)
3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades. (Prioritarios: UCI, urgencias, cirugía, anestesia, obstetricia, neonatología y farmacia)	100% Servicios prioritarios	100%	98,8%	97,5%
3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los servicios	>70% servicios clínicos con sesiones SP	56,5%	84,2%	63,9%
3.b.4.-Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".	Al menos 3 (2 de ellas en UCI)	3	3	3 (total: 108)
3.b.5.- Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)	<9 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica	3,49	<i>Ver datos globales SERMAS</i>	5,49
3.b.6.-Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras.	>85% y mantiene al menos cifras de 2011.	89,3%	92,3%	97,0%

3.b.7.-Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos	Al menos 2	2	3	3 (total: 114)
3.b.8.-Realización de actividades de formación sobre higiene de manos (En: UCI, Urgencias, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Hospital de día)	>60% profesionales de las unidades o servicios especificados	100%	62,6%	65,1%
3.b.9.-Utilización de la hoja de verificación quirúrgica	>80% de intervenciones con LVQ	62,4%	78,1%	77,8%
3.b.10.-Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.	>90% y mantiene al menos cifras de 2011	100%	93,3%	97,7%
3.b.11.-Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios (dolor, caídas, TVP y TEP)	Los 3 establecidos	3	3	3
3.b.13.-Consolidar el desarrollo de planes de acción derivados de la autoevaluación EFQM	Al menos 3	NA	4	4 (total:126)
3.b.14.-Desarrollar actuaciones para la implantación y verificación de Sistemas de Gestión Ambiental.	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre 2011.	En fase II. (Ha completado fase I de estrategia y planificación: Evaluación de requisitos legales, aspectos ambientales y programa)	<i>Ver datos globales SERMAS</i>	<i>Nº de hospitales en: Fase I: 3; Fase II: 11; Fase III: 1; Certificación parcial:8; Certificación total: 11</i>
3.b.15.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna	Al menos 3 líneas	4	7	6
3.b.16.-Constitución de un Comité de Atención al dolor	Constituido	Sí	En 92% hospitales	En 94% hospitales
3.b.17.-Elaboración de un Plan de acogida a profesionales de nueva incorporación	Sí	Sí	En 100% hospitales	En 100% hospitales
d) Indicadores de comparación hospitalaria				
Tasa ajustada de mortalidad	< media grupo	No evaluado en 2011	3,43 (dato 2011)	
Tasa ajustada de complicaciones	<media grupo	No evaluado en 2011	5,85 (dato 2011)	
Infección nosocomial (Prevalencia)	Meta IN <=6,6%	3,9%	6,7%	6,3%

NOTAS:

- En color rojo resultados que no alcanzan la meta anual establecida
- NA: No aplica
- NE: No evaluado

OBJETIVOS 2013 HOSPITAL DE TORREJÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
A) CALIDAD PERCIBIDA				
Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en los segmentos estudiados	% de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en los segmentos estudiados	>=Media grupo	Segmentos: Hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias	Si >=Media grupo o >90%. Fuente: Encuesta de satisfacción 2013 SERMAS. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i>
Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2012	Nº de acciones implantadas	Al menos 5	Establecer áreas de mejora, con la participación del Comité de Calidad Percibida y que serán ratificadas por la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si se han implantado al menos 5 acciones. Fuente: informe del centro de los proyectos de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i>
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 4 líneas	Una de estas líneas será: Conocer la opinión de pacientes y/o familiares sobre aspectos de la atención sanitaria a través de la realización de técnicas cualitativas grupales. Se darán recomendaciones desde la DG. de Atención al Paciente. En el resto de líneas se podrá abordar: Difusión de las actividades del comité; Formación de profesionales; Colaboración/participación con la comunidad; Mejora de la información a pacientes y familiares y Otras.	Alcanzado si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación, valorando específicamente la línea sobre Conocer la opinión de pacientes con técnicas grupales. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i>
B) SEGURIDAD DEL PACIENTE				
Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5	Al menos uno sobre Seguridad en el área de urgencias y otro sobre Conciliación de la medicación. En el resto se podrá abordar: Identificación mediante pulseras; Listado de verificación del parto (en los hospitales con maternidad su valoración sí es obligatoria), coordinación interniveles, otros. En el supuesto de no incluir el LV del Parto se deberá al menos haber valorado y justificar la razón de su no inclusión.	Alcanzado si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo obligatorios urgencias y conciliación, junto con al menos la valoración del LV del Parto . Fuente: Informe UFG. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades.	Nº de servicios clínicos con responsables de SP/ Nº total de servicios clínicos	90% Servicios clínicos	De acuerdo a la Estrategia de seguridad del paciente, para promover la participación e implicación de los profesionales. Se consideran servicios prioritarios los servicios clínicos	Alcanzado si se han implantado en 90% servicios clínicos (siendo obligatorios los prioritizados en 2012) y Farmacia (este último también prioritario en 2012). Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i>
Promoción de la seguridad clínica en los servicios	Nº de servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad/Nº total servicios clínicos	>75%	Sesiones de seguridad en cada uno de los servicios clínicos	Alcanzado si >75%. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora.</i>
Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".	Nº de reuniones o visitas realizadas	Al menos 4 (1 de ellas en UCI y otra en urgencias)	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes y/o Directores) y que se realicen de acuerdo al documento de recomendaciones remitido desde la DG. de Atención al Paciente.	Alcanzado si se realizado al menos 4 "rondas" de seguridad, debiendo ser 1 de ellas en UCI y otra en urgencias. Fuente: Informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en pacientes críticos (UCI)	Densidad de incidencia de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC) y Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)	<=8 NAV y <3 bacteriemias	De aplicación en aquellos hospitales que tengan UCI de adultos	Alcanzado si <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días. Dato global del hospital (incluye todas las unidades que participen). Fuente: ENVIN HELICS. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos	Nº de planes de mejora implantados	Al menos 2 (1 de ellos de formación)	Realización de la autoevaluación con herramienta de OMS y desarrollo de planes de acción que aborden las áreas de mejora detectadas (componentes con puntuación <80).	Alcanzado si se realiza autoevaluación y puesta en marcha de >= 2 planes de mejora, uno de ellos sobre formación de profesionales. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Utilización de la hoja de verificación quirúrgica	Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas*100	>85%	A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas	Alcanzado si >85% intervenciones con check-list. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes estudiados}} * 100$	>95%	Se incluirán los que utilicen escalas Norton u otras validadas (Braden o Emina).	Alcanzado si >95%. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Existencia de protocolos de seguridad del paciente (SP) establecidos como prioritarios	Nº protocolos de SP prioritarios disponibles	2	Protocolos de seguridad establecidos como prioritarios.1. Protocolo/normas para asegurar la comprensión de órdenes verbales. 2. Protocolo de profilaxis antibiótica.	Alcanzado si el hospital dispone de los 2 protocolos actualizados (elaborados y/o revisados en 3 últimos años). Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico	Nº protocolos de salud mental prioritarios disponibles	3	Protocolos establecidos como prioritarios.1.- Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adulto. 2.- Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil. 3.- Protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas.	Alcanzado si el hospital dispone de los 3 protocolos. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
	Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria / Total pacientes que han realizado tentativa de suicidio	100%	Numerador: Pacientes citados ARSUIC en plazo inferior a una semana. Tiempo transcurrido entre la fecha de alta hospitalaria (urgencias, UHB o interconsulta), y la fecha efectiva de citación en el Centro de Salud Mental correspondiente, o consulta específica para pacientes con riesgo suicida. Denominador: Total de pacientes que ha realizado tentativa autolítica	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 70-99% y <70%. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
C) GESTIÓN DE CALIDAD y otros				
Realización de la autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM	Informe de autoevaluación	Informe disponible	Planificación y realización de autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM vs 2013, siguiendo pautas de la DG. de Atención al Paciente, en el segundo semestre del año	Alcanzado si informe de autoevaluación disponible o al menos realizada la planificación y fijada la fecha de la autoevaluación con el visto bueno de la Subdirección. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental.	Nº de actuaciones realizadas/actuaciones previstas	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encuentran a cierre del 2012	Desarrollar actuaciones para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental, de acuerdo al despliegue de las fases contempladas I, II, III y IV en el cuestionario de Revisión Ambiental En los Hospitales que ya tengan implantada la Gestión Ambiental, desarrollar acciones de mejora y actuaciones dirigidas al desarrollo sostenible.	Alcanzado si avanza de fase. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Monitorización de indicadores de gestión ambiental	Consumo de agua (m3/semestre/estancia) Consumo de electricidad (kg/semestre/m2)	p25-p75	Se remitirán fichas desde la DG. de Atención al Paciente con la descripción del indicador, fórmula y rango establecido (percentiles 25 y 75 de los valores del Servicio Madrileño Salud)	Alcanzado si dentro del rango establecido. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 4 líneas	Líneas de actuación contempladas en el documento Recomendaciones implantación de Comités del Servicio Madrileño de Salud	Alcanzado si >=4 líneas de actuación. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 5 líneas	Entre estas líneas de actuación al menos contemplar: Evaluación del dolor; Atención al dolor agudo; Atención al dolor crónico.	Alcanzado si >=5 líneas de actuación, 3 de las cuales hacen referencia a evaluación del dolor, atención dolor agudo y atención dolor crónico. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
D) INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE				
Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.	Nº de acciones de mejora desarrolladas.	Al menos 3	Al menos 3 áreas de mejora en activo durante 2013. La información será ratificada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si al menos 3 acciones. Fuente: informe del centro que incluirá, como mínimo áreas priorizadas y las acciones de mejora propuestas Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles.	Nº de reclamaciones contestadas <30 días hábiles/ Nº total de reclamaciones	100%	Fuente: CESTRAK .	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 70-99% y <70%. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>
Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo.	Nº de reclamaciones contestadas según el manual de estilo elaborado por DG. Atención al Paciente/ Nº total de reclamaciones	100%	Fuente: Estudio Transversal realizado por la Dirección General de Atención al Paciente.	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 70-99% y <70%. Fuente: informe del centro. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.	Nº de Guías de Acogida puestas a disposición de pacientes ingresado/Nº total pacientes ingresados.	100%	Deberá existir registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 80-99% y <80%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial.	Nº servicios médicos y quirúrgicos con protocolos de información clínica implantados en los que conste: ubicación, horario y profesionales responsables por cada servicio médico y quirúrgico en hospitalización en relación con el total de servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización	100%	La Gerencia deberá contar con un informe de situación. El informe deberá incluir al menos el protocolo con los procedimientos a seguir y recogidos los puntos contemplados en la fórmula, por cada servicio médico y quirúrgico con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG de Atención al Paciente.	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 80-99% y <80%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.	Nº de Guías de Información al Alta entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación con el total de altas de hospitalizaciones producidas.	100%	La Gerencia deberá contar con un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 80-99% y <80%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>
Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.	Nº de Guías de Atención al Duelo entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de éxitus producidos.	100%	Deberá existir un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. Atención al Paciente.	Alcanzado si=100%, valorando otros niveles de cumplimiento si 70-99% y <70%. <i>Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</i>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
<p>Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.</p>	<p>Sí/No</p>	<p>Creación del registro</p>	<p>Se cumplimentará Registro de Información dirigida a pacientes. El registro al menos incluirá las siguientes variables: 1. nombre del documento; 2. objetivos del documento (ejemplos: incrementar la cobertura vacunal, mejorar el conocimiento de recursos...); 3. tipo de soporte: póster, díptico...; 4. servicio promotor; 5. Visto bueno de la Comisión Técnica de Coordinación de la Información *, ya sea central o local (sí o no). Fecha del visto bueno, en su caso; 6. fecha de inicio de difusión; 7. fecha de retirada o revisión. * La Comisión Técnica de Coordinación de la Información se constituirá en los hospitales a lo largo del año 2013; ya sea incluida en la Comisión de Calidad Percibida (preferiblemente), ya sea como Comisión independiente, según decida el centro sanitario.</p>	<p>Alcanzado si registro creado, contemplando las variables establecidas. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i></p>
<p>Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)</p>	<p>Nº de acciones de mejora implementadas. Debe constar para cada una de ellas: Problema detectado - Acción de mejora implementada - Objetivo de la acción de mejora - Explicitar cómo se va a evaluar la acción de mejora</p>	<p>Al menos 3 acciones de mejora</p>	<p>Las acciones de mejora se referirán a los siguientes ámbitos en cuanto a la atención al paciente oncológico: 1. Gestión de citas. 2. Consejos de nutricionales 3. Continuidad asistencial. 4. Autocuidado. 5. Voluntariado, etc.... aspectos que contribuyen a mejorar la calidad percibida por el paciente y sus allegados</p>	<p>Alcanzado si se han implementado al menos 3 acciones, valorando otros niveles de cumplimiento si <3. Si objetivo no cumplido: <i>elaborar propuesta de mejora</i>.</p>

INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
E) Indicadores de comparación hospitalaria				
Mortalidad	Ratio de mortalidad estandarizada	<=1	Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información	Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Reingresos	Reingresos (ajustado) quirúrgicos	<=1	Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información	Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Complicaciones	Complicaciones quirúrgicas (ajustado) médicas y	<=1	Fuente: CMBD. Dirección General de Sistemas de Información	Alcanzado si <=1. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Infección nosocomial	Prevalencia de infección nosocomial (valor puntual con IC 95%)	<=6,6	Fuente: EPINE u otros estudios de prevalencia del centro	Alcanzado si por debajo de la meta grupo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
	Incidencia de ILQ en cirugía de prótesis de cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1	2-2,7	Fuente: VIRAS	Alcanzado si <meta grupo. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
F) Indicadores de espera	Bacteriemias por <i>Stafilococcus aureus</i> resistente a meticilina/100.000 estancias	7	En numerador: Cualquier episodio de bacteriemia adquirida en el hospital (1 episodio por paciente), sea cual sea el foco de origen, identificado por Microbiología	Alcanzado si <meta. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
	Nº de pacientes en espera estructural con demora > 30 días el último día de cada mes	0		Alcanzado si =meta. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora



FACTURACION INTERCENTROS

ANEXO I

ALCANCE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS: DEFINICIÓN, VALORACIÓN, MEDICIÓN, AJUSTES Y PENALIZACIONES.

Cualquiera de las diferentes modalidades de prestación asistencial, recogidas en la Cartera de Servicios del CENTRO SANITARIO, exige como condición indispensable la existencia del correspondiente registro en la Historia Clínica del paciente.

En el precio público de cada procedimiento codificado (Alta hospitalaria, Cirugía Mayor Ambulatoria, consultas, hospital de día .etc se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece el Real Decreto. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular.

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

1.- HOSPITALIZACIÓN.

La hospitalización requiere el ingreso del paciente en el Hospital y la asignación de una cama de hospitalización, de acuerdo con las siguientes definiciones:

Camas de hospitalización:

- Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos, quirúrgicos, pediátricos, neonatales, coronarios, etc...).
- Cunas de área pediátrica.
- Incubadoras fijas.
- **No se consideran camas de hospitalización las instaladas en:**
 - Observación de urgencias.
 - Inducción Pre-anestésica.
 - Unidad de Recuperación Post-anestésica (U.R.P.A.).
 - Gabinetes de exploración.
 - Hospital de Día y de noche (estudios del sueño).
 - Camas de acompañantes.
 - Camas destinadas al personal del centro.
 - Puestos de diálisis.
 - Camas utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, otras).
 - Cunas de recién nacidos normales (área obstétrica).
 - Incubadoras portátiles.

Ingresos:

- Se considera ingreso hospitalario el que se produce desde el exterior, con orden de ingreso registrada en el Servicio de Admisión y con asignación a una cama de hospitalización, tanto habilitada como supletoria.
- **No se considerarán ingresos:**
 - a. Los pacientes atendidos en camas no consideradas como de hospitalización.
 - b. Los traslados entre servicios.

Altas:

- La consideración de alta exige que se haya realizado un ingreso previo del paciente.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN

- Valoradas de acuerdo al precio público correspondiente al GRD asociado al alta hospitalaria en el C.M.B.D. siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.

AJUSTES EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN

○ NO TENDRAN LA CONSIDERACION DE ALTA HOSPITALARIA:

- El número de altas de **reingresos precoces** (entre 0 y 7 días), que superen el **porcentaje medio de reingresos** del Servicio Madrileño de Salud, según el análisis centralizado del CMBD de hospitalización realizado por el Servicio Madrileño de Salud
 - $\text{Porcentaje Hospital} - \text{Porcentaje del Servicio Madrileño} = \text{RP}$.
 - Si RP es positivo:
 - $\text{RP} \times \text{Altas totales del Centro} / 100 = \text{Altas reingreso precoz}$.
 - $\text{Altas reingreso} \times \text{Peso Medio} = \text{UCHS ajustadas por reingreso precoz}$.
- Las **altas en hospitalización** convencional con **estancia 0 ó 1** con permanencia inferior a las **14 horas**, se facturarán como urgencias no ingresadas.
- Se contabilizarán como **estancia en hospital de día** oncohematológico las **altas con estancias 0 ó 1** y permanencia igual o mayor a 14 horas que correspondan a Altas con GRD 410.
- Por excepción se contabilizarán las estancias 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas que correspondan a:
 - Los **exitus** en camas de hospitalización.
 - Las **altas voluntarias**, siempre que exista el correspondiente registro en la Historia Clínica e informe de alta.
 - Los **traslados intercentros**, desde el área de hospitalización, por requerir de prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios, siempre y cuando el paciente permanezca ingresado en el hospital al que ha sido enviado.
- Serán descontadas todas las **altas** en las que **no conste informe definitivo de alta en la historia clínica** en el momento de la auditoría.
 - $\Sigma \text{UCHS sin informe} = \text{No valorable}$
- Las resultantes de **reingresos y complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos** derivada del **Plan Integral de reducción de Lista de Espera Quirúrgica**, producidos en el plazo de hasta **doce meses posteriores** a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean **derivadas del procedimiento realizado**.
 - $\Sigma \text{UCHS por reingreso/complicación RULEQ} = \text{No valorable}$

ACTIVIDAD AMBULATORIA

1.- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

Se consideran procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria los **actos quirúrgicos realizados en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico**, que consten en el registro y en los que en la Historia Clínica del paciente conste hoja de cirugía e informe de alta.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS ALTAS CMA A EFECTOS DE FACTURACIÓN.

- Valorados de acuerdo al precio público de cada intervención quirúrgica recogida en el CMBD ambulatorio como **procedimientos quirúrgicos ambulatorios extraídos**¹, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y/o agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS. Por tanto se excluyen de este grupo los procedimientos dermatológicos y el apartado de "Otros" del CMBD ambulatorio y todos los procedimientos ambulatorios realizados fuera de quirófano declarados en SIAE.

AJUSTES Y PENALIZACIONES DE LAS ALTAS CMA

- El número de procedimientos facturables en este apartado serán **exclusivamente los pacientes** del fichero del CMBD ambulatorio que sean incluidos en los GRD considerados como **quirúrgicos**, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y/o agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS, **así como los agrupados en el GRD 351** (aunque pertenece al grupo médico en el agrupador).
 - **NO TENDRAN LA CONSIDERACION DE DE ALTA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**
 - a. Los episodios agrupados en **GRDS inespecíficos**
 - Σ GRDS inespecíficos = **No valorable.**
 - b. Los episodios agrupados en el apartado de **procedimientos dermatológicos**: GRDS quirúrgicos 263, 264, 265, 266, 268, 269 y 270.
 - Σ GRDS procedimientos dermatológicos = **Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.**
 - c. Los episodios agrupados en el apartado "**Otros**": GRDS médicos y los no listados como "técnicas especiales".
 - Σ GRDS Otros = **Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.**
 - d. Los procedimientos de **cirugía menor realizados fuera de quirófano**, según definición de SIAE.
 - Σ Procedimientos fuera quirófano = **Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.**
 - e. No podrán valorarse el **mismo día**, para el **mismo paciente** y el **mismo proceso**, procedimientos de CMA y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de CMA y otro tipo atención = **No valorable.**
 - f. Las resultantes de **reingresos y complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos** derivada del **Plan Integral de reducción de Lista de Espera Quirúrgica**, producidos en el plazo de hasta **doce meses posteriores** a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean **derivadas del procedimiento realizado**.
 - Σ Altas por reingreso/complicación RULEQ = **No valorables.**

- g. Serán descontadas todas las altas de aquellos **procedimientos** registrados en los que **no conste hoja de cirugía e informe definitivo de alta en la historia clínica** en el momento de la auditoría.

ACTIVIDAD AMBULATORIA

1.- CONSULTAS EXTERNAS.

Se consideran consultas externas los **actos médicos ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, basados en la anamnesis y exploración física, que se realizan en un local de consulta y constan en el registro y en la Historia Clínica del paciente.**

- Se contabilizarán exclusivamente **las consultas efectivamente realizadas** y no las citadas.
- **No se contabilizan como consultas externas:**
 - Las realizadas por **personal de enfermería.**
 - Las realizadas a **pacientes ingresados o urgentes por peticiones interservicios**, aunque se realicen en locales habituales de consulta.
 - La realización de **pruebas diagnósticas y/o terapéuticas complementarias.**
 - La elaboración de **informes médicos** de técnicas diagnósticas o terapéuticas por los servicios centrales.
 - La **extracción de muestras.**
 - Los meros actos de **complimentación de volantes** de peticiones.
 - los actos sin presencia del paciente, tal como: - Consultas de telemedicina, Realización de informes y envío de resultados por correo o notificación de resultados por teléfono.
- Se contabilizarán las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

1.1.- Consultas Externas por especialidades - Comprenderá tanto las consultas primeras como las sucesivas.

Se entenderá por **primera consulta** la visita inicial consistente en el acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas del Hospital o Centro de Especialidades Periférico, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias precisas. También tendrán la consideración de consultas primeras 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 o las derivadas desde el Servicio de Urgencia.

Se será considerada **consulta sucesiva**, aquella que se deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas. El paso a una consulta monográfica dentro de la misma especialidad también tiene la consideración de consulta sucesiva,

El alcance del término pruebas específicas, hace referencia, tanto a la atención básica en la que se incluyen las pruebas de rutina, tales como analíticas, citología básica, radiología simple, ECG, ecografía graduación óptica, etc., siempre que se prescriban, como aquellas pruebas específicas con nivel de complejidad superior al correspondiente a las pruebas de rutina, e inferior a las pruebas de alta

complejidad (RNM, TAC, Gammagrafías, etc.) , pudiendo incluirse en esta categoría a modo indicativo las siguientes pruebas: Rx digestivo/genito urinario, mamografías, ecografía, doppler, tac sin contraste, holter, ergometría, ecocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, potenciales evocados, estudios leucemia/s, linfoproliferativos, pruebas de citogenética, genotipo de virus, biopsia, técnicas especiales histológicas/enzimológicas, inmunofluorescencia/citogenética/pcr, pruebas alérgicas, endoscopias (broncoscopia, colonoscopia, gastroscopia...), laser, audiometrias, nistagmografía, densitometrías, campimetrías

Quedan incluidas en las **Consultas Médicas** las especialidades:

Alergología
Cardiología
Dermatología
Digestivo
Endocrinología y nutrición
Genética
Geriatría
Hematología y hemoterapia
Infecciosos
Inmunología
Medicina Interna
Nefrología
Neumología
Neurología
Oncología Médica
Oncología Radioterápica
Rehabilitación
Reumatología

Quedan incluidas en las **Consultas Quirúrgicas** las especialidades siguientes:

Angiología y Cirugía Vasculat
Anestesia y Reanimación
Cirugía Cardíaca
Cirugía General y Digestivo
Cirugía Maxilofacial
Cirugía Pediátrica
Cirugía Plástica y Reparadora
Cirugía Torácica
Ginecología
Neurocirugía
Oftalmología
Otorrinolaringología
Traumatología y Cirugía Ortopédica
Urología

1.2.- Consultas Externas por especialidades con pruebas complementarias de alta complejidad.- Comprenderá tanto las consultas primeras como las sucesivas en las que haya sido preciso realizar pruebas diagnósticas de alto coste, como RNM o similares.

Tratando de recoger de esta forma, la mayor complejidad de las posibles actividades asistenciales afectada

Como catálogo de pruebas incluidas en consultas de alta complejidad caben citar las siguientes:

- Gammagrafía,
- Gammagrafía suprarrenal
- Resonancia con o sin contraste
- Estudios funcionales cerebrales con RM, plus de anestesia,
- Tac con contraste y/o anestesia
- Cariotipo de líquido amniótico/ tejidos
- Cariotipo en sangre periférica/ médula osea y funiculocentesis
- Polisomnografía
- Ecoendoscopia o endoscopia intervencionista

Estas **pruebas diagnósticas de alta complejidad**, se facturarán individualizadamente de acuerdo con las tarifas recogidas en la Orden de precios públicos con independencia del precio de la consulta correspondiente que será, así mismo, facturada..

1.3.- Consultas de Alta Resolución.- De entre las primeras consultas atendidas, número de pacientes a los que se realice las exploraciones complementarias al paciente de forma coordinada con otros servicios hospitalarios, solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia, un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye el alta).

La definición de una Consulta como Alta Resolución requiere la protocolización de los pacientes susceptibles de derivación, de los circuitos y la autorización de una agenda específica que garantice los cambios organizativos necesarios.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

- Valoradas de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para Consultas Primeras, Consultas Primeras de Alta Resolución, Consultas Sucesivas.
 - **La identificación de la actividad de Consultas Primeras, Consultas Primeras de Alta Resolución, Consultas Sucesivas se efectúa a través del Sistema de Información de Consultas y Técnicas de Atención Especializada (SICYT) y el precio público correspondiente al tipo de consulta.**

AJUSTES DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

- La valoración de primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) se corresponderá con las efectivamente realizadas, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ consultas primeras sin informe.= **No valorable.**
 - b. Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que **no conste fecha de cita o consten en el apartado de "desconocido"** en el SICYT.

- Σ consultas primeras sin cita o "desconocido".= **No valorable.**
- c. No podrán valorarse el **mismo día**, para el **mismo paciente** y el **mismo proceso**, consultas y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ consultas y otro tipo atención = **No valorable.**
- d. Serán descontadas todas las **consultas originadas** como consecuencia de **asistencia sanitaria complementaria** derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica.
 - Σ consultas derivadas RULEQ complementaria.= **No valorable.**
- e. Las consultas resultantes de **reingresos/complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos** (desde consulta de preanestesia y consultas sucesivas derivadas del mismo hasta el alta del proceso) derivadas del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidas en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - Σ consultas reingreso/complicación RULEQ complementaria = **No valorables**
- f. La **relación por cociente entre las Consultas Sucesivas y Primeras** incluidas Consultas Primeras de alta resolución (una vez practicados los ajustes anteriores de total valorado y solicitudes por Atención Primaria), no podrá ser **superior a la media de los hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud**. Aquellas consultas sucesivas que excedan esta relación serán descontadas directamente de la relación valorada y se tendrán por no realizadas.
 - Si relación sucesivas/primeras Centro > relación sucesivas/primeras hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud.
 - Σ exceso consultas sucesivas = **No valorable**
- g. Serán descontadas todas las **consultas sucesivas** en las que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Consultas sucesivas sin informe.= **No valorable**

2. URGENCIAS NO INGRESADAS

Se consideran urgencias no ingresadas las **asistencias sanitarias que se realizan por el Servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario**. Se contabilizarán las atendidas en dicho Servicio de Urgencias y registradas con destino de alta diferente a "hospitalización". Es necesario que conste registro de la asistencia con informe en la Historia Clínica. No se consideran urgencias no ingresadas las prestaciones asistenciales no programadas que se dispensen por el Servicio de Urgencias del Hospital a personas ingresadas en el mismo.

La asistencia en Urgencias comprenderá cuantas actuaciones sean precisas practicar dentro del Servicio de Urgencias, a excepción de las pruebas diagnósticas de alta complejidad que pueda requerir el paciente de las que se incluyan en el catálogo de pruebas diagnósticas de alta complejidad en el apartado de consultas externas.

Estas **pruebas diagnósticas de alta complejidad**, se facturarán individualizadamente de acuerdo con las tarifas recogidas en la Orden de precios públicos con independencia del precio de la Urgencia correspondiente que será, así mismo, facturada.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS URGENCIAS NO INGRESADAS

- Valoradas de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Urgencias no ingresadas.

- o La medición de la actividad de **Urgencias no ingresadas** se efectúa a través del Sistema de Información de Atención Especializada y se aplica el precio público de referencia correspondiente.

AJUSTES DE LAS URGENCIAS NO INGRESADAS

- La valoración de Urgencias no ingresadas se **corresponderá con las efectivamente realizadas**, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Se **detraerán** las asistencias ambulatorias urgentes **realizadas en otras dependencias** del Centro Sanitario no registradas a través del Servicio de Urgencias.
 - Σ asistencias ambulatorias urgentes en otras dependencias = **No valorable**
 - b. Serán descontadas todas las urgencias no ingresadas en las que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ urgencias no ingresadas sin informe = **No valorable**
 - c. Las altas en hospitalización convencional con **estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas**, se valorarán como urgencias no ingresadas, según el análisis del correspondiente registro en la Historia Clínica (excluidas excepciones).
 - Σ Altas con estancias 0 y 1 (excluidas excepciones) = **Urgencia no ingresada**

3.- OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS:

Se consideran en este apartado los procedimientos quirúrgicos ambulatorios los incluidos como **dermatológicos** y en el apartado de "Otros" del **fichero del CMBD ambulatorio**, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS, así como los **procedimientos realizados fuera de quirófano**. En todos ellos es necesario que conste registro del procedimiento con informe en la Historia Clínica.

Las Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias se agruparán en epígrafes diferenciados, en función del local en el que se desarrolla la actividad: para los procedimientos realizados en quirófanos (bloque quirúrgico) respecto de los procedimientos de cirugía menor realizados en salas de curas o consultas y se les aplicará a cada uno de ellos su correspondiente precio público

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIOS

- Valorados de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
 - o La medición de la actividad de las **intervenciones quirúrgicas ambulatorias** se realiza **sumando los procedimientos dermatológicos y "Otros" considerados en el CMBD ambulatorio y los quirúrgicos realizados fuera de quirófano declarados en SIAE y se aplica el precio público correspondiente a cada intervención**
 - o En el valor asignado a Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece el Real Decreto. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

AJUSTES DE OTROS PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

- La valoración de Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se **corresponderá con los efectivamente realizados**, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los otros procesos quirúrgicos ambulatorios en las que **no conste registro** de asistencia con informe ni hoja quirúrgica en la Historia Clínica.
 - Σ Otros procesos quirúrgicos ambulatorios sin informe.= **No valorable**
 - b. No podrán valorarse el **mismo día**, para el **mismo paciente** y **mismo proceso**, Otro proceso quirúrgico ambulatorio y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de valoración.
 - Σ Otro proceso quirúrgico ambulatorio y otro tipo de atención.= **No valorable**

4.- HOSPITALIZACIÓN DE DÍA.

Puestos de Hospital de Día:

- Se consideran los **puestos** específicamente dotados y **destinados a tratamiento diurno** de menos de 14 horas (entre las 8 y las 22 horas).

Tipos de Hospitales de Día:

- Hospital de Día Oncohematológico,
- Hospital de Día Infeccioso/SIDA,
- Hospital de Día Psiquiátrico,
- Hospital de Día Geriátrico,
- Hospital de Día Médico-Quirúrgico (exclusivamente Hospital de Día Médico)

Estancias en Hospital de Día:

- Se considera la **permanencia** en régimen ambulatorio de **un paciente en un puesto de Hospital de Día** para **recibir tratamiento farmacológico, la realización de procedimiento terapéutico, o la observación tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo exija**, con el objeto de evitar su ingreso hospitalario en camas convencionales de hospitalización.
- Se **incluyen** en este apartado los tratamientos de esta naturaleza realizados con orden de **ingreso con estancia 0 ó 1 con una permanencia inferior a las 14 horas**, con las excepciones tenidas en cuenta en el apartado de hospitalización (Altas).
- Para considerar estancia en Hospital de Día debe existir la correspondiente **anotación de actividad** con informe en la Historia Clínica.
- Sólo se contabilizarán los procesos **recogidos en el fichero del C.M.B.D. de asistencia ambulatoria**, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.
- Sólo se considerará estancia en Hospital de Día Oncohematológico cuando se realice actividad que implique la infusión de citostáticos en paciente con diagnóstico de neoplasia.
- No se podrá contabilizar más de una estancia diaria en el Hospital de Día para cada paciente individual.
- No se consideran actividades de Hospital de Día los meros cuidados de enfermería ambulatorios. A modo de ejemplo: curas, heparinizaciones de catéter, etc, actividades realizadas en gabinetes diagnósticos o terapéuticos.
- **Hospital de Día quirúrgico**: no figurará en la valoración al estar incluido en la prestación de Cirugía Mayor Ambulatoria.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE TRATAMIENTOS DE HOSPITAL DE DÍA

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: **Hospital de Día Oncohematológico, Hospital de Día Infeccioso/SIDA, Hospital de Día Psiquiátrico, Hospital de Día Geriátrico, Hospital de Día Médico-Quirúrgico (Médico)**. Incluyen los tratamientos realizados

en los hospitales de día registrados en el fichero CMBD ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM **incluidos en el manual de Hospital de Día del Servicio Madrileño de Salud**

- o **La medición de la actividad de Hospital de Día se efectúa a través del fichero del C.M.B.D. ambulatorio y se aplica el precio público correspondiente.**

AJUSTES DE TRATAMIENTOS DE HOSPITAL DE DÍA

- La valoración de los tratamientos de Hospital de Día se **corresponderá con los efectivamente realizados**, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. La valoración de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los codificados en el **fichero de CMBD ambulatorio e incluidos en el manual de hospital de día**, no teniéndose en cuenta el apartado de "otros" del citado fichero.
 - Σ "Otros" Hospital de Día.= **No valorable**
 - b. Serán descontados todos los tratamientos de Hospital de Día en los que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Hospital de Día sin informe.= **No valorable**
 - c. Se detraerán las asistencias ambulatorias **realizadas en otras dependencias** del Centro Sanitario no registradas en puestos de hospitalización de día.
 - Σ Asistencias Hospitalización de día en otras dependencias.= **No valorable**

PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR.

La valoración por procedimiento de valoración singular, será incompatible con la valoración del alta que eventualmente produzca la atención del proceso, así como con cualquier otro tipo de atención generada por el mismo proceso, en el mismo paciente y el mismo día y contemplada en las unidades de valoración.

1.- RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA

- o Pacientes nuevos que inician tratamiento, independientemente del número de intervenciones precisas.
- o Se entiende por braquiterapia la exposición directa del tumor a elementos radiactivos, de forma continuada hasta alcanzar la dosis máxima tolerada por los tejidos, en instalaciones blindadas.

Incluye la realización de los siguientes procedimientos o actividades en régimen ambulatorio:

- Radioterapia externa. Tratamiento completo o por sesión
- Braquiterapia
- Radioterapia estereotáxica simple
- Radioterapia estereotáxica fraccionada
- Irradiación corporal total

2.- HEMODINÁMICA DIAGNÓSTICA AMBULATORIA

- Número de estudios de realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

3.- HEMODINÁMICA TERAPÉUTICA AMBULATORIA

- Número de estudios realizados en la sala de hemodinámica que conlleven actuación terapéutica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

4.- RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA VASCULAR DIAGNÓSTICA AMBULATORIA

- Procedimientos ambulatorios efectuados con carácter diagnóstico en una sala de Radiología vascular, que conlleven intervenciones mínimamente invasivas.

5.- RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA VASCULAR TERAPÉUTICA AMBULATORIA

- Procedimientos ambulatorios que conlleven una actuación terapéutica efectuados en una sala de Radiología vascular mediante intervenciones mínimamente invasivas.

6.- FECUNDACIÓN IN VITRO

- Fecundación extracorpórea de un ovocito previamente extraído con punción guiada por ecografía y posterior transferencia intrauterina del embrión conseguido. Se considera ciclo completo una extracción de ovocitos y tres transferencias intrauterinas del/los embriones conseguidos.

7.- ESTUDIOS POLISOMNOGRAFICO (ESTUDIO DEL SUEÑO)

8.- LITOTRICIA

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente Incluye los tratamientos realizados y registrados en el fichero CMBD ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.
 - La medición de la actividad de **Procedimientos de valoración singular** se efectúa a través del fichero C.M.B.D. ambulatorio, y se aplica el precio público de referencia correspondiente

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se **corresponderá con los efectivamente realizados**, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Procedimientos de valoración singular sin informe.= **No valorable**
 - b. No podrán valorarse el **mismo día**, para el **mismo paciente** y **mismo proceso** procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ Procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= **No valorable**
 - c. Se detraerán las asistencias ambulatorias **realizadas en otras dependencias** del Centro Sanitario no registradas como sala específica para tal fin.
 - Σ Asistencias en otras dependencias.= **No valorable**

4.- EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Condición indispensable para poder considerar estas prestaciones será la existencia del correspondiente registro, asentimiento familiar ó judicial y hoja quirúrgica en la Historia Clínica del paciente.

- **Extracción mono-orgánica:** Número de donantes a los que se extrae exclusivamente un órgano o ambos riñones.
- **Extracción multiorgánica:** Número de donantes en los que se extrae más de un órgano interno. Se tendrá en cuenta que la extracción de ambos riñones se considera extracción mono orgánica.
- **Extracción multi-tejidos:** Aquella en la que se realiza extracción de al menos dos tipos de tejidos: córneas, huesos largos (más de tres piezas), tejidos cardiovasculares (segmentos vasculares, válvulas cardíacas) y piel.
- **Extracción mono-orgánica + multi-tejidos:** Se recogerán aquellos casos en que coinciden ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción mono-orgánica" ni en el apartado "Extracción multi-tejidos".
- **Extracción multi-orgánica + multi-tejidos:** Se recogerán aquellos casos en que coincidan ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción multi-orgánica" ni en el apartado "Extracción multi-tejidos".

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: **Extracción de órganos y tejidos.**
 - La medición de las actividades de **Procedimientos de valoración singular** de este apartado se efectúa a través del SIAE, y se aplica el precio público de referencia correspondiente.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se **corresponderá con los efectivamente realizados**, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin informe.= **No valorable**
 - b. No podrán valorarse el **mismo día**, para el **mismo paciente** y **mismo proceso** procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= **No valorable**

5.- DIÁLISIS:

- Se consideran **pacientes** en tratamiento de **hemodiálisis**: Promedio mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis ambulatoria, excluyendo aquellos con insuficiencia renal aguda y los hospitalizados por este motivo, ya sea en el propio CENTRO SANITARIO o en centro concertado. Se excluyen de este criterio las sesiones de enfermos agudos o crónicos reagudizados, en régimen de hospitalización. A efectos de valoración se considera que **un paciente** realiza anualmente **156 sesiones** ambulatorias de hemodiálisis.
- Se consideran **pacientes** en tratamiento de **diálisis domiciliaria**: Promedio mensual de pacientes dializados en el domicilio. Se distinguen los tratados mediante: **hemodiálisis** o **diálisis peritoneal**. A efectos de valoración se considera que **un paciente** realiza anualmente **360 sesiones** ambulatorias de diálisis peritoneal.
- En todos ellos es necesario que el registro figure en la Historia Clínica.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: pacientes del ámbito sustitutorio en Hemodiálisis en hospital, en centro concertado y domiciliaria y Diálisis Peritoneal.
 - La medición de actividades de este apartado de Procedimientos de valoración singular se efectúan a través del SIAE, y se aplica el precio público correspondiente.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se **corresponderá con los efectivamente realizados**, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que **no conste registro** de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin informe.= **No valorable**
 -
 - b. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular realizados a los pacientes durante los **periodos de hospitalización**.
 - Σ tratamientos periodos de hospitalización.= **No valorable**
 - c. No podrán valorarse el **mismo día**, para el **mismo paciente** y **mismo proceso** procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= **No valorable**
 - d. No podrán valorarse para el **mismo paciente** y en el **mismo periodo** diferentes tratamientos de diálisis.
 - Σ tratamientos diálisis diferentes en mismo paciente y periodo.= **No valorable**
 - e. Se detraerán las asistencias ambulatorias **realizadas en otras dependencias** diferentes a las definidas.
 - Σ asistencias en otras dependencias.= **No valorable**

6.- DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS DE USO HOSPITALARIO PARA PACIENTES EXTERNOS

Pacientes externos, que hayan ejercido la libre elección y que reciben medicación **directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital**. Se incluyen exclusivamente los fármacos recogidos en PROSEREME:

- Pacientes con **VIH** en tratamiento con antirretrovirales, pacientes con biterapia (rivabirina + interferón) para la **hepatitis viral C**, pacientes en tratamiento de **esclerosis múltiple** (interferón) y pacientes con **Eritropoyetina** en prediálisis o quimioterapia.
- Pacientes en tratamiento susceptible de inclusión en Resoluciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y de la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios para medicamentos incluidos en prescripción por receta médica cuya dispensación, en la Comunidad de Madrid, se ha establecido en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (según protocolo).
- Pacientes incluidos en protocolos de especial seguimiento:
 - Hormona de crecimiento

- Hepatitis C
- Enfermedades raras

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La medición de las actividades de Procedimientos de valoración singular de este apartado se efectúa a través del Sistema de información de farmacia hospitalaria, y se aplica el precio público determinado por la DGGYCPFYS.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se **corresponderá con los efectivamente realizados**, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que **no conste registro** de prescripción con informe en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin prescripción.= **No valorable**
 -
 -
 - b. Se **deducirá** el importe de los tratamientos suministrados a pacientes durante los **períodos de hospitalización**.
 - Σ tratamientos periodos de hospitalización.= **No valorable**