



MODELO DE RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN PARA UNIDADES ASISTENCIALES

Versión 1.1 / 20-02-2026

ANEXO V Indicadores de resultados

*Por un liderazgo clínico comprometido
con la calidad y la seguridad del paciente*

Edita:

© Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Textos:

© Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.



Atribución-NoComercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

ANEXO V

Indicadores de resultados

Desde la Gerencia Regional de Salud se ha seleccionado un catálogo con los indicadores comunes disponibles en este momento para los distintos tipos de unidades asistenciales. No es un catálogo cerrado, sino que se irá completando progresivamente a medida que se vayan desarrollando los sistemas de información corporativos.

Los indicadores que se han incluido en este catálogo están relacionados con las diferentes dimensiones de la calidad: efectividad, seguridad del paciente, adecuación, accesibilidad, orientación al usuario y satisfacción del paciente. Se trata de un conjunto de indicadores que permiten medir los resultados que consiguen las unidades que solicitan el reconocimiento asociado al Modelo Sacyl Excelente.

Algunos de los indicadores se han considerado “llave”, es decir, se trata de indicadores cuyo cumplimiento se considera obligatorio para poder acceder al sistema de reconocimiento o, dicho de otro modo, son exigibles en todos los niveles de reconocimiento.

Dadas las peculiaridades y características de las distintas unidades se han establecido varios **paneles de indicadores** en función del tipo de unidad, con indicadores diferentes por ámbito asistencial y por tipo de servicio hospitalario. En concreto, los paneles de indicadores disponibles son:

- Panel de indicadores para **Equipos de Atención Primaria**, con un total de 16 indicadores.
- En el ámbito hospitalario están disponibles diferentes paneles de indicadores según el tipo de servicio hospitalario:
 - Panel de indicadores para **Servicios Médicos**, con un total de 14 indicadores.
 - Panel de indicadores para **Servicios Quirúrgicos**, con un total de 14 indicadores.
 - Panel de indicadores para **Urgencias Hospitalarias**, con un total de 14 indicadores.
 - Panel de indicadores para **Unidades de Críticos**, con un total de 9 indicadores.

Además de los indicadores comunes por tipo de unidad, se han considerado algunos indicadores de resultado que son específicos por especialidad; actualmente sólo están disponibles para algunas especialidades (Cirugía General, Traumatología, Oftalmología, Cardiología, Neurología, Neumología y Medicina Interna). Progresivamente se irán incorporando estos indicadores específicos a los paneles, a medida que vayan estando disponibles en BISION para más especialidades.

Al final de este anexo, en las tablas 2, 3, 4, 5 y 6 se recogen los distintos paneles de indicadores disponibles.

Criterios de evaluación de los indicadores

La revisión del cumplimiento de los resultados, en el marco del procedimiento para acceder al sistema de reconocimiento, será realizada por el Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de Salud, a partir de los sistemas de información corporativos. Se tomará como fecha de referencia, a efectos de cumplimiento de los indicadores, el día 31 de diciembre del año en el que se realice la solicitud. Por lo tanto, **no es necesario que las unidades solicitantes recaben ni proporcionen los datos** correspondientes a los indicadores de su panel.

Para la evaluación de los resultados de la unidad se valora en qué medida el Equipo de Atención primaria (EAP) o el Servicio Hospitalario alcanza los objetivos, logra mantener tendencias positivas y comparaciones favorables, con respecto al conjunto de indicadores del panel que les aplica en cada caso para, de esta forma, poder determinar:

- **Porcentaje de indicadores que cumple la unidad:** mide el grado de cumplimiento global de los objetivos fijados para los indicadores.¹
- **Porcentaje de tendencias y comparaciones positivas:** además del cumplimiento global de indicadores, en los niveles superiores de reconocimiento se valora también que las tendencias de los resultados conseguidos por la unidad en los últimos tres años sean positivas en un porcentaje de indicadores.² Adicionalmente, para optar al nivel de reconocimiento excelente se valoran también las comparaciones con otras unidades similares.
 - Para la **evaluación de las tendencias:** se considerará que existe una tendencia positiva siempre que se mantengan o mejoren los resultados de forma sostenida a lo largo de los últimos tres años o, al menos, se cumpla dicha condición al comparar los resultados del primer año del periodo analizado con los más recientes.
 - Para la **evaluación de las comparaciones:** se considerará que existe una comparación positiva siempre que los resultados de la unidad en el último ejercicio estén entre los mejores con respecto a los de otras unidades de similares características, considerando como tal cuando los resultados de la unidad se sitúen por encima del percentil 70. A efectos de estas comparaciones:
 - En Atención Primaria, el EAP evaluado se comparará con todos los EAP de Sacyl de su mismo ámbito (rural o urbano).
 - En Atención Hospitalaria, el servicio evaluado se comparará con los servicios de su misma especialidad pertenecientes al mismo grupo de hospitales (grupo I, II, III-IV).³

Teniendo en cuenta que el sistema de reconocimiento es progresivo, los requisitos de cumplimiento para poder optar a los distintos niveles de reconocimiento que permite el programa son crecientes, tal como se refleja a continuación:

Reconocimiento de nivel INICIAL

Para poder obtener el reconocimiento de nivel inicial el EAP/servicio debe alcanzar el objetivo establecido para cada indicador en al menos el 25% de los indicadores, incluyéndose dentro de este porcentaje los considerados como “llave”.

Reconocimiento de nivel AVANZADO

Para poder obtener el reconocimiento de nivel avanzado el EAP/servicio debe alcanzar el objetivo establecido para cada indicador en al menos el 40% de los indicadores, incluyéndose dentro de este porcentaje los considerados como “llave”.

¹ El número total de indicadores sobre el que se calcula dicho porcentaje de cumplimiento incluye solamente los indicadores comunes que aplican a la unidad (panel de indicadores correspondiente).

² El número total de indicadores sobre el que se calcula el porcentaje de cumplimiento de las tendencias no incluye, de momento, los indicadores de satisfacción por ausencia de datos históricos para valorar su evolución.

³ Cuando no se disponga de datos desglosados que permitan realizar estas comparaciones, los resultados de la unidad se compararán con los globales de las áreas de salud (en el caso de los EAP) o de los hospitales/complejos asistenciales (en el caso de los servicios hospitalarios).

Además, las tendencias en los últimos 3 años deben ser positivas, es decir, se mantienen o mejoran los resultados en aproximadamente el 25% de los indicadores.

Reconocimiento de nivel EXCELENTE

Para poder obtener el reconocimiento de nivel excelente el EAP/servicio debe alcanzar el objetivo establecido para cada indicador en al menos el 60% de los indicadores, incluyéndose dentro de este porcentaje los considerados como “llave”.

Además, las tendencias en los últimos 3 años deben ser positivas, es decir, se mantienen o mejoran los resultados en aproximadamente el 40% de los indicadores y las comparaciones de sus resultados deben ser favorables, es decir, están entre los mejores con respecto a los de otras unidades de similares características, en aproximadamente el 40% de todos los indicadores.

En la siguiente tabla se refleja, de forma resumida, el número de indicadores que es necesario cumplir, para cada nivel de reconocimiento, en función del tipo de servicio o EAP.

Tabla 1. Requisitos de cumplimiento de indicadores por nivel de reconocimiento - Año 2026

		NIVEL INICIAL	NIVEL AVANZADO	NIVEL EXCELENTE
		Requisitos de cumplimiento por nivel		
		≥ 25% indicadores (incluidos todos los LLAVE)	≥ 40% indicadores (incluidos todos los LLAVE) Tendencias + (≥ 25% indicadores)	≥ 60% indicadores (incluidos todos los LLAVE) Tendencias + Comparaciones + (≥ 40% indicadores)
Ámbito (nº total de indicadores disponibles)	EAP (16 indicadores)	≥ 4 indicadores	≥ 7 indicadores	≥ 10 indicadores
			Tendencias + (≥ 3 indicadores)	Tendencias + (≥ 5 indicadores)
				Comparaciones + (≥ 7 indicadores)
	Sº MÉDICOS, QUIRÚRGICOS y URGENCIAS HOSPITALARIAS (14 indicadores*)	≥ 4 indicadores	≥ 6 indicadores	≥ 9 indicadores
			Tendencias + (≥ 3 indicadores)	Tendencias + (≥ 4 indicadores)
				Comparaciones + (≥ 6 indicadores)
	UNIDADES de CRÍTICOS (9 indicadores)	≥ 2 indicador	≥ 4 indicadores	≥ 5 indicadores
			Tendencias + (≥ 1 indicador)	Tendencias + (≥ 2 indicadores)
				Comparaciones + (≥ 4 indicadores)

* 9 indicadores para el Servicio de Anestesia y Reanimación, siendo los requisitos de cumplimiento de indicadores por nivel de 1, 2, 4 y 5 indicadores (en vez de 3, 4, 6 y 9 indicadores, respectivamente).

Resultados de la evaluación de los indicadores

La evaluación de los indicadores permite saber si, en función de los datos recabados, los resultados alcanzan los requisitos establecidos para los distintos niveles de reconocimiento. Podemos encontrar que la unidad:

- **Cumple requisitos para acceder a algún nivel de reconocimiento:**
 - Cuando cumple los indicadores “llave” exigidos para acceder al sistema de reconocimiento y, además, el número de indicadores que cumple alcanza el requerido en los diferentes niveles de reconocimiento, incluyendo en el caso de los niveles avanzado y excelente, el cumplimiento de tendencias y comparaciones positivas en, al menos, el número de indicadores exigidos en cada caso.
- **NO puede acceder a reconocimiento:**
 - Cuando el EAP/servicio no cumple alguno de los indicadores “llave”, aunque cumpla un número de indicadores igual o superior al establecido para los distintos niveles de reconocimiento.
 - Cuando el número de indicadores que cumple es inferior al requerido para el reconocimiento de nivel inicial.

El resultado de la evaluación de los indicadores se pondrá a disposición del Comité de Valoración de la Gerencia Regional de Salud junto con el informe de la auditoría del cumplimiento de estándares por parte de la unidad, para que aquel pueda resolver sobre el nivel de reconocimiento que corresponde al EAP/servicio.

A continuación, en las tablas 2, 3, 4, 5 y 6 se recogen los distintos paneles de indicadores disponibles.

Tabla 2. Panel de indicadores para EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ATENCIÓN PRIMARIA - EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA										
Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
1	AP	Accesibilidad	EAP	% de médicos de familia con 2 o menos días hábiles de demora	Porcentaje de médicos de familia con agenda generada y asignados al EAP que tienen ≤ 2 días hábiles de demora media	Bision	Llave Se considera criterio llave cumplir al menos uno de los dos indicadores	≥ media Sacyl (rural/urbano según ámbito EAP)	Anual (a 31/dic.)	
2	AP	Accesibilidad	EAP	% de enfermeras con 2 o menos días hábiles de demora	Porcentaje de profesionales de enfermería con agenda generada y asignados al EAP que tienen ≤ 2 días hábiles de demora media	Bision		≥ media Sacyl (rural/urbano según ámbito EAP)	Anual (a 31/dic.)	
3	AP	Efectividad	EAP	Índice de consultas concertadas/a demanda en paciente PCC	Relación entre el número de citas concertadas por los profesionales del EAP con los pacientes pluripatológicos crónicos complejos y las demandadas por dichos pacientes	Bision		≥ media Sacyl (rural/urbano según ámbito EAP)	Anual (a 31/dic.)	
4	AP	Efectividad	EAP	Complicaciones a largo plazo de la diabetes. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	Relación entre el número de ingresos con diagnóstico principal al alta de complicaciones a largo plazo de la diabetes, observado en los últimos 12 meses, y el número esperado teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
5	AP	Efectividad	EAP	EPOC. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	Relación entre el número de ingresos con diagnóstico principal al alta de EPOC, observado en los últimos 12 meses, y el número esperado teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
6	AP	Efectividad	EAP	IC. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	Relación entre el número de ingresos con diagnóstico principal al alta de insuficiencia cardíaca, observado en los últimos 12 meses, y el número esperado teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
7	AP	Adecuación uso recursos compartidos	EAP	Nº solicitudes de primeras consultas procedentes de AP por cada 1.000 habitantes (promedio mensual)	Promedio mensual de primeras consultas externas solicitadas por los profesionales del EAP durante los 12 meses previos, por cada 1.000 habitantes	Bision		≤ media Sacyl	Anual (a 31/dic.)	

ATENCIÓN PRIMARIA - EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
8	AP	Adecuación uso recursos compartidos	EAP	Nº de solicitudes de primeras consultas preferentes procedentes de AP por 1.000 habitantes (promedio mensual)	Promedio mensual de primeras consultas externas preferentes solicitadas por los profesionales del EAP durante los 12 meses previos, por cada 1.000 habitantes	Bision		≤ media Sacyl	Anual (a 31/dic.)	
9	AP	Orientación al paciente	ICNP AP-AH	% de interconsultas no presenciales AP-AH solicitadas	Porcentaje de interconsultas no presenciales AP-AH solicitadas por los profesionales del EAP con respecto al número total de solicitudes de primeras consultas externas, en los 12 meses previos	Bision		≥ 15%	Anual (a 31/dic.)	
10	AP	Seguridad del paciente	Todas	Gestión de incidentes sin daño	El EAP utiliza el sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT) para aprender e introducir mejoras	SISNOT		Simultaneamente: 1. ≥ 10 notif./año 2. Analiza ≥ 90% notif. recibidas proponiendo mejoras 3. Implanta ≥ 25% de estas mejoras	Anual (a 31/dic.)	
11	AP	Seguridad del paciente	EAP	Revisión completa del plan terapéutico en pacientes G2 y G3	Porcentaje de pacientes con calificación de riesgo G2 o G3 que tienen registrada la revisión de su tratamiento farmacológico en el modulo de prescripción	Bision		≥ 70%	Anual (a 31/dic.)	
12	AP	Seguridad del paciente	EAP	Revisión de la adherencia en pacientes G2 y G3	Porcentaje de pacientes con calificación de riesgo G2 o G3 que tienen registrada la revisión de la adherencia al tratamiento farmacológico en el módulo de prescripción.	Bision		≥ 70%	Anual (a 31/dic.)	
13	AP	Satisfacción del paciente	EAP	Satisfacción con la atención recibida	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) de la atención prestada por los profesionales del EAP	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
14	AP	Satisfacción del paciente	EAP	Satisfacción con la información	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) de la información facilitada por los profesionales del EAP	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
15	AP	Satisfacción del paciente	EAP	Satisfacción con el trato	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) del trato recibido y la amabilidad de los profesionales del EAP	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
16	AP	Satisfacción del paciente	EAP	Fidelidad: Net Promoter Score (NPS)	Probabilidad de recomendación del EAP en función de la experiencia vivida NPS = % promotores (≥ 9/10) - % detractores (≤ 6/10)	Encuesta SCySP GRS		≥ 30	Anual (últimos resultados disponibles)	

Tabla 3. Panel de indicadores para SERVICIOS MÉDICOS hospitalarios

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS MÉDICOS										
Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
1	AH	Accesibilidad	CEX	Tiempo medio de espera estructural para una primera consulta (demora media estructural)	Tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de primera consulta con el Servicio, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha final del periodo de estudio (fecha de corte)	Bision		≤ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	
2	AH	Accesibilidad	CEX	% de primeras consultas preferentes atendidas en < 15 días	Porcentaje de primeras consultas preferentes que se han realizado en el Servicio con una demora máxima de 14 días entre su solicitud y su realización, en los últimos 12 meses	Bision		≥ 75%	Anual (a 31/dic.)	
3	AH	Accesibilidad	CEX	% de primeras consultas ordinarias atendidas en < 90 días	Porcentaje de primeras consultas externas ordinarias que se han atendido en el Servicio en menos de 90 días, en los últimos 12 meses	Bision		≥ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	
4	AH	Efectividad	Hospitalización	SMR. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad comparada de los pacientes hospitalizados en el Servicio con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision	Llave	≤ 1	Anual (a 31/dic.)	No aplica en Anestesiología y Reanimación (datos no disponibles)
5	AH	Efectividad	Hospitalización	Reingresos a 30 días. Razón ajustada por nivel de gravedad	Relación entre el número de reingresos observado en el Servicio en los últimos 12 meses y el número de reingresos esperado, teniendo en cuenta la patología que ha sido atendida durante ese periodo y su nivel de gravedad	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	No aplica en Anestesiología y Reanimación (datos no disponibles)
6	AH	Adecuación uso recursos compartidos	Hospitalización	IEMA. Índice de estancia media ajustada. Depurada	Relación que se establece comparando la estancia media del Servicio con la que hubiera tenido el estándar actuando sobre la casuística del Servicio, en los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	No aplica en Anestesiología y Reanimación (datos no disponibles)
7	AH	Orientación al paciente	CEX	% de consultas de alta resolución	Porcentaje de primeras consultas atendidas en los últimos 12 meses en las que en el mismo día se han realizado las exploraciones complementarias necesarias y la valoración de sus resultados, recibiendo el paciente un informe médico de alta con el diagnóstico y la orientación terapéutica	Bision		≥ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS MÉDICOS

Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
8	AH	Orientación al paciente	ICNP AP-AH	% de interconsultas no presenciales AP-AH solicitadas	Porcentaje de interconsultas no presenciales AP-AH solicitadas por los profesionales de AP con respecto al número total de solicitudes de primeras consultas externas, en los 12 meses previos	Bision		≥ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	No aplica en Anestesiología y Reanimación (datos no disponibles)
9	AH	Orientación al paciente	ICNP AP-AH	% de interconsultas no presenciales AP-AH resueltas con alta	Porcentaje de interconsultas no presenciales AP-AH resueltas con alta con respecto al número de solicitudes de interconsultas no presenciales AP-AH resueltas, en los 12 meses previos	Bision		≥ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	No aplica en Anestesiología y Reanimación (datos no disponibles)
10	AH	Seguridad del paciente	Todas	Gestión de incidentes sin daño	El Servicio utiliza el sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT) para aprender e introducir mejoras	SISNOT		Simultaneamente: 1. ≥ 10 notif./año 2. Analiza ≥ 90% notif. recibidas proponiendo mejoras 3. Implanta ≥ 25% de estas mejoras	Anual (a 31/dic.)	
11	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Satisfacción con la atención recibida	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) de la atención prestada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
12	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Satisfacción con la información	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) de la información facilitada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
13	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Satisfacción con el trato	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) del trato recibido en consultas externas y la amabilidad de los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
14	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Fidelidad: Net Promoter Score (NPS)	Probabilidad de recomendación de las consultas externas del Servicio en función de la experiencia vivida $NPS = \% \text{ promotores } (\geq 9/10) - \% \text{ detractores } (\leq 6/10)$	Encuesta SCySP GRS		≥ 30	Anual (últimos resultados disponibles)	

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS MÉDICOS - INDICADORES ESPECÍFICOS										
Nº	Ámbito	Dimensión	Servicio Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
	AH	Efectividad	CARDIOLOGÍA Hospitalización	SMR IAM. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio por infarto agudo de miocardio comparada con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Efectividad	CARDIOLOGÍA MEDICINA INTERNA Hospitalización	SMR IC. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio por insuficiencia cardíaca comparada con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Efectividad	NEUROLOGÍA MEDICINA INTERNA Hospitalización	SMR Ictus. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio por ictus con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Efectividad	NEUMOLOGÍA MEDICINA INTERNA Hospitalización	SMR EPOC. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio por enfermedad pulmonar obstructiva crónica comparada con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	

Tabla 4. Panel de indicadores para SERVICIOS QUIRÚRGICOS hospitalarios

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS QUIRÚRGICOS										
Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
1	AH	Accesibilidad	CEX	Tiempo medio de espera estructural para una primera consulta (demora media estructural)	Tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de primera consulta con el Servicio, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha de corte.	Bision		≤ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	
2	AH	Accesibilidad	CEX	% de primeras consultas preferentes atendidas en < 15 días	Porcentaje de primeras consultas preferentes que se han realizado en el Servicio con una demora máxima de 14 días entre su solicitud y su realización, en los últimos 12 meses	Bision		≥ 75%	Anual (a 31/dic.)	
3	AH	Accesibilidad	Bloque quirúrgico	Demora media estructural	Tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro, hasta la fecha de corte. Restringida a los pacientes en situación de espera estructural (EE).	Bision		≤ media de Sacyl para la especialidad	Anual (a 31/dic.)	
4	AH	Accesibilidad	Bloque quirúrgico	% de intervenciones quirúrgicas con prioridad 1 realizadas en < 30 días	Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica con prioridad 1 cuyo motivo de salida es una intervención quirúrgica realizada en menos de 30 días respecto al total de salidas por intervención quirúrgica, en los últimos 12 meses	Bision	Llave	100%	Anual (a 31/dic.)	Requisitos de cumplimiento (al menos una de estas dos opciones): a) Indic. 4 = 100% b) Indic. 4 ≥ 90% + Indic. 4Bis = 100%
4 Bis	AH	Accesibilidad	Bloque quirúrgico	Porcentaje de pacientes en LEQ estructural con prioridad 1 y ≤ 30 días de demora	Porcentaje de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica con situación de espera estructural de 30 días o menos y prioridad 1.	Bision		100%	Anual (a 31/dic.)	
5	AH	Accesibilidad	Bloque quirúrgico	% de intervenciones quirúrgicas con prioridad 2 realizadas en < 90 días	Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica con prioridad 2 cuyo motivo de salida es una intervención quirúrgica realizada en menos de 90 días respecto al total de salidas por intervención quirúrgica, en los últimos 12 meses	Bision		≥ 90%	Anual (a 31/dic.)	
6	AH	Efectividad	Hospitalización	SMR. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad comparada de los pacientes hospitalizados en el Servicio con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
7	AH	Efectividad	Hospitalización	Reingresos a 30 días. Razón ajustada por nivel de gravedad	Relación entre el número de reingresos observados en el Servicio en los últimos 12 meses y el número de reingresos que serían esperables, teniendo en cuenta la patología que ha sido atendida durante ese periodo y su nivel de gravedad	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
8	AH	Adecuación uso recursos compartidos	Hospitalización	IEMA. Índice de estancia media ajustada. Depurada	Relación que se establece comparando la estancia media del Servicio con la que hubiera tenido el estándar actuando sobre la casuística del Servicio, en los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	En OFTALMOLOGÍA se sustituye por "Razón ajustada de entradas en LEQ por cataratas"
9	AH	Orientación al paciente	Bloque quirúrgico	% de intervenciones quirúrgicas canceladas	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas que han sido suspendidas en relación al total de intervenciones que se han programado en quirófano, independientemente de si se han realizado o no, durante los últimos 12 meses	Bision		$\leq 3\%$	Anual (a 31/dic.)	
10	AH	Seguridad del paciente	Todas	Gestión de incidentes sin daño	El Servicio utiliza el sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT) para aprender e introducir mejoras	SISNOT		Simultaneamente: 1. ≥ 10 notif./año 2. Analiza $\geq 90\%$ notif. recibidas proponiendo mejoras 3. Implanta $\geq 25\%$ de estas mejoras	Anual (a 31/dic.)	
11	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Satisfacción con la atención recibida	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva ($\geq 8/10$) de la atención prestada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		$\geq 80\%$	Anual (últimos resultados disponibles)	
12	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Satisfacción con la información	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva ($\geq 8/10$) de la información facilitada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		$\geq 80\%$	Anual (últimos resultados disponibles)	
13	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Satisfacción con el trato	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva ($\geq 8/10$) del trato recibido en consultas externas y la amabilidad de los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		$\geq 80\%$	Anual (últimos resultados disponibles)	
14	AH	Satisfacción del paciente	CEX	Fidelidad: Net Promoter Score (NPS)	Probabilidad de recomendación de las consultas externas del Servicio en función de la experiencia vivida $NPS = \% \text{ promotores } (\geq 9/10) - \% \text{ detractores } (\leq 6/10)$	Encuesta SCySP GRS		≥ 30	Anual (últimos resultados disponibles)	

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS QUIRÚRGICOS - INDICADORES ESPECÍFICOS										
Nº	Ámbito	Dimensión	Servicio Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
	AH	Seguridad y adecuación	TRAUMATOLOGÍA Bloque quirúrgico	Razón ajustada de entradas en lista de espera quirúrgica por artrosis de cadera	Relación entre el número de entradas observadas en lista de espera quirúrgica para la realización de artroplastía en pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera y el número esperable, teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Seguridad y adecuación	TRAUMATOLOGÍA Bloque quirúrgico	Razón ajustada de entradas en lista de espera quirúrgica por artrosis de rodilla	Relación entre el número de entradas observadas en lista de espera quirúrgica para la realización de artroplastía en pacientes con diagnóstico de artrosis de rodilla, y el número esperable, teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Seguridad y adecuación	TRAUMATOLOGÍA Bloque quirúrgico	% de fracturas de cadera intervenidas en < 48 horas desde la fecha de ingreso	Porcentaje de pacientes ingresados por fractura de cadera que han sido intervenidos quirúrgicamente en menos de 48 horas desde la fecha de ingreso, en los últimos 12 meses	Bision		$\geq 60\%$	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Efectividad	TRAUMATOLOGÍA Hospitalización	SMR Fractura de cadera. Razón de mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	Mortalidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio por fractura de cadera comparada con respecto al estándar de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Seguridad y adecuación	CIRUGÍA GENERAL Bloque quirúrgico	Razón ajustada de entradas en lista de espera quirúrgica por coleditiasis	Relación entre el número de entradas observadas en lista de espera quirúrgica para la realización de resección de vesícula biliar en pacientes con diagnóstico de coleditiasis, y el número esperable, teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Seguridad y adecuación	CIRUGÍA GENERAL Bloque quirúrgico	Razón ajustada de entradas en lista de espera quirúrgica por hernia inguinal	Relación entre el número de entradas observadas en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de hernia inguinal, y el número esperable, teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	
	AH	Seguridad y adecuación	OFTALMOLOGÍA Bloque quirúrgico	Razón ajustada de entradas en lista de espera quirúrgica por cataratas	Relación entre el número de entradas observadas en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de cataratas, y el número esperable, teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia, durante los últimos 12 meses	Bision		≤ 1	Anual (a 31/dic.)	

Tabla 5. Panel de indicadores para SERVICIOS DE URGENCIAS hospitalarias

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS DE URGENCIAS										
Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
1	AH	Accesibilidad	URG	% de pacientes con tiempo de espera para triaje < 10 min	Porcentaje de pacientes admitidos en el servicio de urgencias hospitalarias en los que el tiempo de espera para triaje ha sido inferior a 10 minutos	BISION		≥ 85%	Anual (a 31/dic.)	
2	AH	Accesibilidad	URG	% de pacientes con nivel de triaje II atendidos en < 15 min	Porcentaje de pacientes admitidos en el servicio de urgencias hospitalarias con nivel de triaje II y en los que el tiempo de espera para una primera atención médica ha sido inferior a 15 minutos	BISION		≥ 85%	Anual (a 31/dic.)	
3	AH	Accesibilidad	URG	% de pacientes con nivel de triaje III atendidos en < 60 min	Porcentaje de pacientes admitidos en el servicio de urgencias hospitalarias con nivel de triaje III y en los que el tiempo de espera para una primera atención médica ha sido inferior a 60 minutos	BISION		≥ 80%	Anual (a 31/dic.)	
4	AH	Accesibilidad	URG	% de pacientes con nivel de triaje IV atendidos en < 120 min	Porcentaje de pacientes admitidos en el servicio de urgencias hospitalarias con nivel de triaje IV y en los que el tiempo de espera para una primera atención médica ha sido inferior a 120 minutos	BISION		≥ 75%	Anual (a 31/dic.)	
5	AH	Accesibilidad	URG	% de pacientes con nivel de triaje V atendidos en < 240 min	Porcentaje de pacientes admitidos en el servicio de urgencias hospitalarias con nivel de triaje V y en los que el tiempo de espera para una primera atención médica ha sido inferior a 240 minutos	BISION		≥ 70%	Anual (a 31/dic.)	
6	AH	Efectividad	URG	% de urgencias que ingresan	Porcentaje de episodios de urgencias que finalizan con un ingreso del paciente en hospitalización	BISION		≤ media Sacyl	Anual (a 31/dic.)	
7	AH	Efectividad	URG	% de pacientes que vuelven a urgencias en < 72 horas	Porcentaje de pacientes que regresan al servicio de urgencias en un período inferior a 72 horas	BISION	Llave	≤ media Sacyl	Anual (a 31/dic.)	
8	AH	Efectividad	URG	% de pacientes que vuelven a urgencias en < 72 horas e ingresan	Porcentaje de pacientes que regresan al servicio de urgencias en un período inferior a 72 horas y generan un ingreso en hospitalización	BISION		≤ media Sacyl	Anual (a 31/dic.)	
9	AH	Efectividad	URG	% de éxitos	Porcentaje de episodios en los cuales el paciente fallece durante la atención en urgencias	BISION		≤ media Sacyl	Anual (a 31/dic.)	

ATENCIÓN HOSPITALARIA - SERVICIOS DE URGENCIAS

Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
10	AH	Seguridad del paciente	Todas	Gestión de incidentes sin daño	El Servicio utiliza el sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT) para aprender e introducir mejoras	SISNOT		Simultáneamente: 1. ≥ 10 notif./año 2. Analiza $\geq 90\%$ notif. recibidas proponiendo mejoras 3. Implanta $\geq 25\%$ de estas mejoras	Anual (a 31/dic.)	
11	AH	Satisfacción del paciente	URG	Satisfacción con la atención recibida	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva ($\geq 8/10$) de la atención prestada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		$\geq 80\%$	Anual (últimos resultados disponibles)	
12	AH	Satisfacción del paciente	URG	Satisfacción con la información	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva ($\geq 8/10$) de la información facilitada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		$\geq 80\%$	Anual (últimos resultados disponibles)	
13	AH	Satisfacción del paciente	URG	Satisfacción con el trato	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva ($\geq 8/10$) del trato recibido en consultas externas y la amabilidad de los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		$\geq 80\%$	Anual (últimos resultados disponibles)	
14	AH	Satisfacción del paciente	URG	Fidelidad: Net Promoter Score (NPS)	Probabilidad de recomendación de las consultas externas del Servicio en función de la experiencia vivida $NPS = \% \text{ promotores } (\geq 9/10) - \% \text{ detractores } (\leq 6/10)$	Encuesta SCySP GRS		≥ 30	Anual (últimos resultados disponibles)	

Tabla 6. Panel de indicadores para UNIDADES DE CRÍTICOS hospitalarias

ATENCIÓN HOSPITALARIA - UNIDADES DE CRÍTICOS										
Nº	Ámbito	Dimensión	Área	Denominación	Definición/Fórmula	Fuente	Tipo	Objetivo	Valoración	Observaciones
1	AH	Seguridad del paciente	UCI	Tasa de incidencia de bacteriemia asociadas a catéter	Número de bacteriemias primarias y secundarias asociadas a catéter venoso central ocurridas en la unidad en los últimos 12 meses por cada 1.000 días de catéter venoso central	ENVIN		≤ 3	Anual (a 31/dic.)	
2	AH	Seguridad del paciente	UCI	Tasa de incidencia de NAVM	Número de neumonías asociadas a ventilación mecánica ocurridas en la unidad en los últimos 12 meses por cada 1.000 días de ventilación mecánica	ENVIN		≤ 7	Anual (a 31/dic.)	
3	AH	Seguridad del paciente	UCI	Tasa de pacientes con infecciones por BMR	Número de pacientes con una o más infecciones por bacterias multirresistentes adquiridas en la unidad en los últimos 12 meses por cada 1.000 días de estancia	ENVIN		≤ 1,3	Anual (a 31/dic.)	
4	AH	Seguridad del paciente	UCI	Tasa de incidencia de ITU asociada a sonda uretral	Número de episodios de infección del tracto urinario asociados a sonda uretral ocurridos en la unidad en los últimos 12 meses por cada 1.000 días sondaje urinario	ENVIN		≤ 2,7	Anual (a 31/dic.)	
5	AH	Seguridad del paciente	Todas	Gestión de incidentes sin daño	El Servicio utiliza el sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT) para aprender e introducir mejoras	SISNOT		Simultáneamente: 1. ≥ 10 notif./año 2. Analiza ≥ 90% notif. recibidas proponiendo mejoras 3. Implanta ≥ 25% de estas mejoras	Anual (a 31/dic.)	
6	AH	Satisfacción del paciente	UCI	Satisfacción con la atención recibida	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) de la atención prestada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
7	AH	Satisfacción del paciente	UCI	Satisfacción con la información	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) de la información facilitada en consultas externas por los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
8	AH	Satisfacción del paciente	UCI	Satisfacción con el trato	Porcentaje de pacientes encuestados que realizan una valoración positiva (≥ 8/10) del trato recibido en consultas externas y la amabilidad de los profesionales del Servicio	Encuesta SCySP GRS		≥ 80%	Anual (últimos resultados disponibles)	
9	AH	Satisfacción del paciente	UCI	Fidelidad: Net Promoter Score (NPS)	Probabilidad de recomendación de las consultas externas del Servicio en función de la experiencia vivida NPS = % promotores (≥ 9/10) - % detractores (≤ 6/10)	Encuesta SCySP GRS		≥ 30	Anual (últimos resultados disponibles)	

AUTORES

Redacción y coordinación

Josefa González Pastrana. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Alberto Vegas Miguel. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Tomás Maté Enríquez. Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Mónica Robles García. Directora Técnico de Calidad y Atención al Usuario.

Grupo de trabajo (por orden alfabético)

Montserrat Alcalde Martín. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Esther Arrieta Cerdán. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Julia Gil Cañas. Aux. Administrativo. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración en el proceso de elaboración a los profesionales de:

- La Dirección Técnica de Sistemas de Información y Resultados en Salud.
- La Dirección Técnica de Farmacia.
- El Servicio de Atención al Usuario y Participación.
- El Servicio de Inspección y Evaluación de Centros.

Y a Ernesto Mitre Escribano, por el diseño gráfico de la portada y el logotipo de Sacyl Excelente.

Sacyl
Excelente

