

Hecho en dos originales en lengua española que hacen igualmente fe, en Caracas a 2 de noviembre de 1995.

Por el Reino de España,
Aurelio Pérez Giralda,
Embajador de España en Venezuela

Por la República de Venezuela,
Miguel Ángel Burelli Rivas
Ministro de Relaciones Exteriores

El presente Acuerdo entró en vigor el 10 de septiembre de 1997, fecha de la última notificación cruzada entre las Partes comunicando el cumplimiento de las respectivas formalidades constitucionales, según se establece en su artículo XII. 1.

Lo que se hace público para conocimiento general. Madrid, 30 de septiembre de 1997.—El Secretario general técnico, Julio Núñez Montesinos.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

21680 ORDEN de 3 de octubre de 1997 por la que se establecen los objetivos e indicadores para los programas sanitarios objeto de seguimiento especial.

El sistema de presupuestación por objetivos implantado desde 1984 en nuestro país obedece a la necesidad de establecer instrumentos que permitan mejorar los procesos de asignación de recursos e incrementar la eficacia y eficiencia de las organizaciones públicas. De esta forma, la gestión de los recursos se dirige hacia la administración por objetivos y la evaluación de los resultados.

Con la publicación de la Ley 37/1988, de Presupuestos Generales del Estado para 1989, se facultó al Ministerio de Economía y Hacienda para el establecimiento de un Sistema Normalizado de Seguimiento de Objetivos, configurándose un marco específico de negociación presupuestaria, de seguimiento y medición de resultados, así como de control financiero de los programas.

Las sucesivas Leyes de Presupuestos han ido ampliando el número de programas y actuaciones sobre las que se realiza un seguimiento especial, una vez comprobada la validez del sistema. Así, en el año 1992 se incluyó dentro de este sistema de gestión y control el programa «Atención Primaria de Salud. INSALUD Gestión directa», para el cual han ido adaptándose los objetivos e indicadores en función de los resultados obtenidos y de la evolución de la organización de la asistencia sanitaria.

En la Orden de elaboración de los Presupuestos Generales del Estado para 1997, así como en las Ordenes correspondientes a ejercicios anteriores, se configuraban las fichas que habrían de permitir realizar el seguimiento de los objetivos de dicho programa. Analizados los resultados de ejercicios anteriores, se hace necesario redefinir dichos indicadores con objeto de facilitar y mejorar su seguimiento, para lo cual se han elaborado unas nuevas fichas que figuran en el anexo I de la presente Orden y que modifican las definidas en la Resolución de la Dirección General de Presupuestos de fecha 15 de febrero de 1994.

Por otra parte, la disposición adicional primera de la Ley 12/1996, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1997, incluye como sujeto a seguimiento de objetivos el programa «Atención Especializada. INSALUD Gestión directa», para el cual se esta-

blecen en el anexo II de la presente Orden las fichas a cumplimentar por parte de los centros gestores de acuerdo con lo dispuesto en la citada Ley.

En virtud de lo establecido en la disposición final primera de la Orden del Ministerio de Economía y Hacienda de 14 de julio de 1992, se dictan las normas para la regulación del Sistema de Seguimiento de Programas de Atención Primaria de Salud y Atención Especializada.

1. Seguimiento de objetivos

1.1 Las fases que han de ser respetadas en el procedimiento para el seguimiento de objetivos serán las siguientes:

Primera.—Recogida de los datos constitutivos de las previsiones que los responsables del programa, objeto de seguimiento, estiman para el ejercicio según la estructura de las fichas.

Esta toma de datos coincidirá con los objetivos y la financiación pactados en el contrato programa con los centros de gestión.

Segunda.—Consistirá en la actualización de las previsiones anuales a que se hace referencia en la fase primera, su objeto es actualizar los objetivos y la financiación, modificados en función de la autorización de nuevas acciones programadas, que se incorporarán al contrato programa mediante un anexo.

Cumplido el período anterior, en el plazo de treinta días se remitirán estos datos con una sucinta explicación de las modificaciones acaecidas en las previsiones iniciales (fase I). Esta información deberá remitirse a la Dirección General de Presupuestos y a la Intervención General de la Seguridad Social, junto con el avance de resultados en el que se refleje el grado de realización de los objetivos y recursos efectivamente utilizados.

Tercera.—Una vez finalizado el ejercicio presupuestario, los respectivos centros gestores elaborarán el balance de resultados finales de los diferentes indicadores, que permitirá evaluar el grado de consecución del objetivo propuesto.

Se acompañará a estos datos «Informe de Gestión» que contendrá los aspectos que, con carácter de mínimo, se indican en la Orden de 14 de julio de 1992, en el apartado 4.2.

Esta información será remitida a la Intervención General de la Seguridad Social, con anterioridad al 31 de marzo siguiente a la finalización del ejercicio, para que, una vez emitido el dictamen de control financiero a que se refiere el punto 5.3 de la Orden de 14 de julio de 1992, forme parte de la documentación para la elaboración del Presupuesto del año siguiente.

Por último, ambos informes serán enviados a través de la Dirección General de Presupuestos e Inversiones del Instituto Nacional de la Salud.

1.2 Las fichas donde se recogerán todos los datos referentes al seguimiento presupuestario de los citados programas son las relacionadas en los anexos I y II, así como las instrucciones para su cumplimentación.

1.3 Con carácter excepcional, para el ejercicio 1997, las fichas de seguimiento para el Programa de Atención Primaria de Salud se elaborarán a partir de la segunda fase en los nuevos modelos establecidos en el anexo I.

1.4 Asimismo, y excepcionalmente para 1997, el seguimiento de Atención Especializada se iniciará a partir de la segunda fase.

Madrid, 3 de octubre de 1997.

DE RATO Y FIGAREDO

Excmos. Sres. Ministros de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales.

ANEXO I

29644

INSALUD		SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD						AÑO 1997
PROGRAMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ATENCION PRIMARIA DE SALUD		OBJETIVO 1: Mejorar la oferta de servicios asistenciales mediante el incremento de la cobertura poblacional por Equipos de Atención Primaria.						P-12A
CENTRO GESTOR DEL PROGRAMA: INSALUD SUBDIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA		CENTRO RESPONSABLE DE OBJETIVOS						Pág. n° 1
		GERENCIA DE AT. PRIMARIA:				C.G.:		
		1ª FASE: PREVISIONES		2ª FASE: ACTUAL PREVISIONES		3ª FASE: EJECUCIÓN		
Cod.	INDICADORES	Unid. Fisc.	Coste	Unid. Fisc.	Coste	Unid. Fisc.	Coste	
INDICADORES DE RECURSOS								
1.1	Nº de Equipos de Atención Primaria							
1.2	Nº de Zonas de Salud sin E.A.P.							
1.3	Nº de Centros de Salud definitivos							
1.4	Nº de Zonas sin Centro de Salud definitivo							
INDICADORES DE CONSUMO								
1.5	Gasto Capítulo I							
1.6	Gasto Capítulo II							
1.7	Nº de derivaciones a laboratorio							
1.8	Nº de derivaciones a radiología							
1.9	Nº de Interconsultas							
INDICADORES RELACIONALES								
1.10	% cobertura poblacional por E.A.P.							
1.11	Población protegida/Médico							
1.12	Población protegida/Enfermera							
1.13	Mujeres >14 y < 65 años/ Matrona							
1.14	Población protegida entre 6 y 14 años/Odontoestomatólogo							
1.15	Población protegida/Fisioterapeuta							
1.16	Gasto por persona protegida en Capítulo I							
1.17	Gasto por persona protegida en Capítulo II							
1.18	Gasto población protegida (Cap. I+II)							
1.19	Derivaciones a laboratorio/1.000 habitantes							
1.20	Derivaciones a radiología/1.000 habitantes							
1.21	Interconsultas/1.000 habitantes							

Lunes 13 octubre 1997

BOE núm. 245

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P12A**INDICADORES DE RECURSOS**

- 1.1 Número de equipos de Atención Primaria: Equipos de Atención Primaria en funcionamiento. La previsión se basa en que estos E. A. P. tienen plantilla orgánica autorizada y financiado el coste que origina su inicio de actividad.
- 1.2 Número de zonas de salud sin E. A. P.: Zonas básicas de salud delimitadas por la Comunidad Autónoma en las que no existe E. A. P. funcionante.
- 1.3 Número de centros de salud definitivos: Edificios en los que se halla ubicado un equipo de Atención Primaria, cuyo nivel de adecuación hace prever una permanencia duradera. La titularidad del edificio puede ser de la Tesorería General de la Seguridad Social (INSALUD) o de otras instituciones (Comunidad Autónoma, Ayuntamiento, etc.) con cesión de uso.
- 1.4 Número de zonas sin centro de salud definitivo: Zonas básicas de salud en las que no existe centro de salud de carácter definitivo.

INDICADORES DE CONSUMO

- 1.5 Gasto capítulo I: Se recoge el gasto producido en personal, excepto partidas que por su naturaleza se consideran no incluidas como gasto afecto al contrato programa (ejecución de sentencias, incremento de gastos en acción social, etc.). El cómputo de cuotas de Seguridad Social se calcula al 25 por 100 del importe del resto de gastos de personal de este capítulo.
- 1.6 Gasto capítulo II: Se incluye el gasto originado en los distintos artículos que conforman este capítulo, excluyendo aquellos importes que tienen la consideración de gastos no relacionados con contrato programa. En este capítulo se incluyen además los gastos de conciertos con los Ayuntamientos para el mantenimiento de los consultorios locales.
- 1.7 Número de derivaciones a laboratorio: Número de pacientes de los que se solicitan pruebas analíticas desde Atención Primaria durante el año.
- 1.8 Número de derivaciones a radiología: Número de pacientes de los que se solicitan pruebas radiológicas desde Atención Primaria durante el año.
- 1.9 Número de interconsultas: Número de pacientes de los que el Médico de Atención Primaria solicita consultas con Atención Especializada durante el año.

INDICADORES RELACIONALES

- 1.10 Porcentaje cobertura poblacional por E. A. P.: Porcentaje de población adscrita a facultativos (Medicina General y Pediatría) integrados en equipos de Atención Primaria. La población de referencia es la que dispone de tarjeta sanitaria individual en noviembre de 1996.
- 1.11 Población protegida/Médico: Promedio de habitantes por facultativo (Médico general, Pediatría y Médico de Servicio de Urgencias).
- 1.12 Población protegida/Enfermera: Promedio de habitantes por Enfermera.
- 1.13 Mujeres > 14 y < 65 años/Matrona; Promedio de mujeres con edad superior a catorce y menores de sesenta y cinco años por Matrona.
- 1.14 Población protegida entre 6 y 14 años/Odontoestomatólogo: Promedio de habitantes con edad comprendida entre seis y catorce años por Odontoestomatólogo.
- 1.15 Población protegida/Fisioterapeuta: Promedio de habitantes por Fisioterapeuta.
- 1.16 Gasto por persona protegida en capítulo I: Gasto medio anual por persona protegida en capítulo I. La población de referencia es la que dispone de tarjeta sanitaria individual en noviembre de 1996.
- 1.17 Gasto por persona protegida en capítulo II: Gasto medio anual por persona protegida en capítulo II. La población de referencia es la que dispone de tarjeta sanitaria individual en noviembre de 1996.
- 1.18 Gasto por persona protegida (cap. I+II): Gasto medio anual por persona protegida en capítulo I y II. La población de referencia es la que dispone de tarjeta sanitaria individual en noviembre de 1996.
- 1.19 Derivaciones a laboratorio/1.000 habitantes: Número de derivaciones a laboratorio por cada 1.000 habitantes con tarjeta sanitaria individual.
- 1.20 Derivaciones a radiología/1.000 habitantes: Número de derivaciones a radiología por cada 1.000 habitantes con tarjeta sanitaria individual.
- 1.21 Interconsultas/1.000 habitantes: Número de interconsultas solicitadas a Atención Especializada por cada 1.000 habitantes con tarjeta sanitaria individual.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P12B**INDICADORES DE DEMANDA ASISTENCIAL**

- 2.1 Porcentaje de consultas abiertas a partir de las diecisiete horas: Número de consultas de demanda en poblaciones mayores de 10.000 habitantes que permanecen abiertas al menos una hora después de las diecisiete horas, dividido por el número total de consultas de demanda en poblaciones mayores de 10.000 habitantes, tanto de mañana como de tarde.

- 2.2 Número de consultas por persona protegida y año en Medicina General: Promedio de veces que una persona ha sido atendida por facultativo de Medicina General (E. A. P. + M. T. + A. P. D.). Incluye todo tipo de consulta (demanda, concertada/programada y administrativa), tanto en el centro/consultorio como en domicilio. No se incluyen Médicos de los Servicios de Urgencias.
- 2.3 Número de consultas por persona protegida y año en Pediatría: Promedio de veces que una persona ha sido atendida por facultativo de Pediatría (E. A. P. + M. T.). Incluye todo tipo de consulta (demanda, concertada/programada y administrativa), tanto en el centro/consultorio como en domicilio.
- 2.4 Número de consultas por persona protegida y año en Enfermería: Promedio de veces que una persona ha sido atendida por Enfermería (E. A. P. + M. T.). Incluye todo tipo de consulta (espontánea, derivada y concertada/programada), tanto en el centro/consultorio como en domicilio.
- 2.5 Tiempo medio por consulta en Medicina General (minutos): Duración media (en minutos) de atención a un paciente en consulta a demanda por facultativos de Medicina General (E. A. P. + M. T. + A. P. D.), calculado a través de muestreo semestral en consultas con cita previa.
- 2.6 Tiempo medio por consulta en Pediatría (minutos): Duración media (en minutos) de atención a un paciente en consulta a demanda por Facultativos de Pediatría (E. A. P. + M. T.), calculado a través de muestreo semestral en consultas con cita previa.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P12C

INDICADORES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Estos indicadores se refieren a la provincia. No es posible desagregarlos a nivel de Gerencia porque los actuales sistemas informáticos centralizados de imputación de costes no recogen la diferencia entre población activa y pensionista.

- 3.1 Número de recetas por persona protegida: Número de recetas prescritas por los Médicos y dispensadas en oficina de farmacia, referido a la población protegida.
- 3.2 Número de recetas por persona protegida activa: Número de recetas de activo prescritas por los Médicos y dispensadas en oficina de farmacia, referidas a la población protegida con consideración de activos.
- 3.3 Número de recetas por persona protegida pensionista: Número de recetas de pensionistas prescritas por los Médicos y dispensadas en oficina de farmacia, referidas a la población protegida con consideración de pensionista.
- 3.4 Gasto farmacéutico en recetas de activos: Gasto en pesetas que se deriva de la prescripción por los Médicos y dispensación en oficina de farmacia de recetas de activos.
- 3.5 Gasto farmacéutico en recetas de pensionistas: Gasto en pesetas que se deriva de la prescripción por los Médicos y dispensación en oficina de farmacia de recetas de pensionista.
- 3.6 Gasto medio por receta de activos: Gasto medio en pesetas que se obtiene de relacionar el gasto farmacéutico en recetas de activos con el número de recetas perteneciente a este colectivo.
- 3.7 Gasto medio por receta de pensionistas: Gasto medio en pesetas que se obtiene de relacionar el gasto farmacéutico en recetas de pensionistas con el número de recetas perteneciente a este colectivo.
- 3.8 Gasto por persona protegida en recetas: Gasto en pesetas que se deriva de la prescripción por los Médicos y dispensación en oficina de farmacia de recetas médicas oficiales, referido a la población protegida.
- 3.9 Gasto por persona protegida activa en recetas: Gasto en pesetas que se deriva de la prescripción por los Médicos y dispensación en oficina de farmacia de recetas médicas de activos, referido a la población protegida activa.
- 3.10 Gasto por persona protegida pensionista en recetas: Gasto en pesetas que se deriva de la prescripción por los Médicos y dispensación en oficina de farmacia de recetas médicas de pensionistas, referido a la población protegida con la consideración de pensionista.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P14A

INDICADORES DE RECURSOS Y ACTIVIDAD

1.1 Número camas en funcionamiento:

Se consideran camas en funcionamiento:

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

No se consideran camas en funcionamiento y, por tanto, no generan estancias:

Observación de urgencias.
Inducción preanestésica.
Reanimación.
Exploración.
Hospital de día y de noche (la estancia no debe ser superior a veinticuatro horas).
Acompañantes.
Destinadas a personal del centro.
Puestos de diálisis.
Utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio y otras).
Cunas de recién nacidos normales (áreas obstétricas).
Incubadoras portátiles.

1.2 Número de ingresos totales:

Número de enfermos procedentes del exterior con orden de ingreso registrada en el Servicio de Admisión, asignados a una cama de hospitalización.

No se considerarán ingresos los pacientes atendidos en observación de urgencias, sesiones de hemodiálisis, hospital de día y de noche.
No se contabilizarán los traslados entre servicios.

- a) Ingresos programados: Pacientes ingresados con orden de ingreso programada, independientemente de si proceden de lista de espera o son de un servicio que no tiene demora de ingreso (será igual a la suma de los ingresos programados por área).
- b) Ingresos urgentes: Pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencia o no (será igual a la suma de los ingresos urgentes por áreas).

Se contabilizarán también como urgentes los neonatos patológicos y los ingresos judiciales.

1.3 Número de ingresos quirúrgicos: Número de enfermos ingresados en una cama de hospitalización del área quirúrgica, procedente del exterior (ingresos programados y urgentes) o con orden de traslado desde otro área (traslado interno). No se contabilizarán los traslados entre especialidades del mismo área.

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

1.5 Número de urgencias no ingresadas: Toda urgencia atendida y registrada que no genere ingreso hospitalario.

1.6 Número de estancias: Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización a la hora censal (veinticuatro horas). Las estancias totales serán la suma de los censos diarios de ocupación de camas durante el período y corresponderán a la suma de las estancias por áreas.

No generan estancias las camas de observación de urgencias, puesto de hemodiálisis, hospital de día y de noche y las de reanimación.

1.7 Número de primeras consultas: Número de pacientes vistos de forma ambulatoria en un local de consultas externas (en el hospital o en los CEP, en horario de mañana o tarde), por primera vez, en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto. Se considerarán además primeras consultas todas aquellas solicitadas por iniciativa del Médico de Atención Primaria sobre pacientes dados de alta por el Médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito.

Consultas: Acto médico realizado de forma ambulatoria para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente:

No son consultas la realización de pruebas diagnósticas complementarias, la extracción de muestras ni los meros actos de relleno de volantes de peticiones. Tampoco se registrarán en este apartado las consultas realizadas a pacientes ingresados por peticiones interservicios.

Se contabilizarán las consultas que consten como efectivamente realizadas y no las citadas no realizadas.

1.8 Número de consultas sucesivas: Todas aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior.

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

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

Una iluminación ajustable de poder suficiente para permitir un trabajo delicado.

Condiciones asépticas que permitan la preparación de instrumentos estériles.

Locales para cambio de ropa del personal.

La provisión de anestesia más compleja que la que puede proporcionarse en las salas de hospitalización, por ejemplo, anestesia general, espinal, epidural o bloqueo nervioso con anestésicos locales.

No se consideran quirófanos:

Los paritorios.

Las salas de extracción dental.

Las salas de radiología.

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

- 1.10 Número de quirófanos en funcionamiento: De los instalados, el promedio de los que realmente se han utilizado para actividad quirúrgica por disponer de la dotación completa.

- 1.11 Número de trasplantes totales: Se considerará el número de órganos trasplantados de cada tipo (riñón, córnea, corazón, pulmón, médula ósea, hígado, páncreas y otros).

- 1.12 Número de UPAs de hospitalización: Número de Unidades Ponderadas de Actividad (UPAs) realizadas, calculadas aplicando los siguientes coeficientes:

Una estancia médica: 1 UPA.

Una estancia obstétrica: 1,2 UPAs.

Una estancia pediátrica: 1,3 UPAs.

Una estancia neonatológica: 1,3 UPAs.

Una estancia quirúrgica: 1,5 UPAs.

Una estancia UCI: 5,8 UPAs.

- 1.13 Número de UPAs ambulatorias: Número de UPAs realizadas aplicando los siguientes coeficientes:

Una consulta primera: 0,25 UPAs.

Una consulta sucesiva: 0,15 UPAs.

Una intervención quirúrgica no específica: 0,25 UPAs.

Una urgencia no ingresada: 0,30 UPAs.

Hospital de día oncohematológico: 0,75 UPAs.

Hospital de día SIDA: 0,75 UPAs.

Hospital de día psiquiátrico: 0,25 UPAs.

Hospital de día geriátrico: 0,25 UPAs.

- 1.14 Número de UPAs totales: Suma de las UPAs de hospitalización más ambulatorias.

- 1.15 Número de procedimientos extraídos (miles de pesetas): Cantidad resultante de multiplicar los siguientes procedimientos extraídos de la UPA por sus correspondientes tarifas:

a) Cirugía mayor ambulatoria:

Pesetas

Amigdalectomía/adenoidectomía	45.000
Cataratas con LIO	172.000
Cirugía varices	123.000
Fimosis	30.000
Herniorrafía unilateral	93.000
Herniorrafía bilateral	115.000
Hallux valgus	88.000
Incisión drenaje quiste lacrimal	43.000
Artroscopia	120.000
Cirugía hemorroidal	81.000
Dilatación y legrado uterino	61.000
Escisión sinus pilonidal	59.000
Extirpación tumor benigno mama	75.000
Liberación escisión vainas	57.000
Orquidopexia	64.000
Extracción material osteosíntesis	50.000
Reparación fisura/fístula anal	73.000

b) Otros procedimientos extraídos:

	Pesetas	
Hemodinámica diagnóstica	104.000	
Hemodinámica terapéutica	548.000	
Extracción renal	776.000	
Extracción multiorgánica	1.294.000	
Trasplante renal	1.656.000	
Trasplante cardíaco	3.198.000	
Trasplante hepático	4.658.000	
Trasplante médula ósea	1.656.000	
Diálisis	290.000	(paciente/mes)
	3.480.000	(paciente/año)
Tratamiento hemofilia	285.000	(paciente/mes)
	3.420.000	(paciente/año)

c) MIR: 2.507.000 pesetas/año.

- 1.16 Gasto capítulo II en productos farmacéuticos: Recoge el gasto en el subconcepto 2211.0 en el que se imputa el consumo de medicamentos en las instituciones sanitarias.
- 1.17 Gastos capítulo II en conciertos: Recoge el gasto en los siguientes subconceptos: 253, hemodiálisis; 2541, litotricias; 2542, terapias respiratorias; 2543, RNM y medicina nuclear, y 2544, TAC.
- 1.18 Gasto capítulo II en manutención: Contempla el gasto en los subconceptos 2215 (productos alimenticios) y 2275 (servicios contratados de comedor) en función de que el centro sanitario dispense la comida directamente con medios propios o a través de una contrata.
- 1.19 Facturación a terceros: Recoge el importe de las facturaciones emitidas por la asistencia sanitaria prestada por accidente de tráfico, varios y particulares.
- 1.20 Recaudación por servicios a terceros: Recoge el importe cobrado de la facturación realizada.

INDICADORES RELACIONALES

- 1.21 Índice de rotación: Número de ingresos totales/número de camas en funcionamiento.
- 1.22 Estancia media: Número de estancias/número de ingresos.
- 1.23 Índice de ocupación: Número de estancias realizadas/número de estancias teóricas (número de camas en funcionamiento \times trescientos sesenta y cinco días).
- 1.24 Relación sucesivas/primeras: Número de consultas sucesivas/número de consultas primeras.
- 1.25 Porcentaje de urgencias ingresadas: (Número de urgencias ingresadas/total de urgencias) \times 100.
- 1.26 Porcentaje de quirófanos en funcionamiento/número de quirófanos instalados: (Número de quirófanos en funcionamiento/número de quirófanos instalados) \times 100.
- 1.28 Número de intervenciones quirúrgicas totales/número de quirófanos en funcionamiento: Número de intervenciones quirúrgicas con ingreso + número de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria + número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias no especificadas/número de quirófanos en funcionamiento.
- 1.29 Gasto de manutención/número de estancias: Gasto producido en alimentación/número de estancias causadas.
- 1.30 Recaudación por servicios a terceros/facturación a terceros: (Cantidad recaudada por facturación a terceros/total facturado) \times 100.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P14B

INDICADORES DE ACTIVIDAD

- 2.1 Número de intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso: Total de intervenciones quirúrgicas incluidas en programación y que causan ingreso.
- 2.2 Número de intervenciones quirúrgicas programadas con cirugía mayor ambulatoria: Número de intervenciones quirúrgicas programadas con uso de quirófano, realizadas sin ingreso pre ni postquirúrgico, de cada uno de los procedimientos especificados a continuación:

Catarata con LIO.
 Amigdalectomía.
 Cirugía varices.
 Fimosis.
 Herniorrafía unilateral.
 Herniorrafía bilateral.
 Hallux valgus.
 Incisión drenaje quiste lacrimal.
 Artroscopia.
 Cirugía hemorroidal.
 Dilatación y legrado uterino.
 Escisión sinus pilonidal.

Extirpación tumor benigno de mama.
Liberación escisión vainas.
Orquidopexia.
Extracción material osteosíntesis.
Reparación fisura/fístula anal.

- 2.3 Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias de procedimientos no especificados: Todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, tanto en el hospital como en los CEP, que no figuran en la lista de procedimientos individualizados.
Se excluyen los procedimientos de cirugía menor realizados en salas de curas o consultas, con o sin anestesia local, y que no requieran ningún cuidado especial post-quirúrgico (nivel I de Davis).
- 2.4 Demora media para primeras consultas: (Número de pacientes en lista de espera para primeras consultas/promedio mensual de primeras consultas realizadas) × treinta días.
- 2.5 Demora media para intervenciones quirúrgicas: Suma de los días que llevan esperando los pacientes incluidos en lista de espera/número de pacientes en lista de espera.
- 2.6 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso/número de total de ingresos quirúrgicos: Porcentaje del número de intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso respecto al número de ingresos quirúrgicos.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P14C

INDICADORES DE ACTIVIDAD

Tratamientos en hospital de día:

- 3.1 Oncohematológico: Número de tratamientos realizados con ciclos de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día del centro a enfermos con procesos tumorales y/o hematológicos (suma de los pacientes diarios atendidos).
- 3.2 SIDA: Número de tratamientos de SIDA realizados de forma ambulatoria con terapias antiSIDA en los puestos de hospital de día (suma de los pacientes diarios atendidos).
- 3.3 Psiquiátrico: Número de tratamientos realizados de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día de la especialidad (suma de los pacientes diarios atendidos).
- 3.4 Geriátrico: Número de tratamientos realizados de forma ambulatoria en los puestos de hospital de día de la especialidad (suma de los pacientes diarios atendidos).
- 3.5 Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria: Número de intervenciones quirúrgicas con uso de quirófano, realizadas sin ingreso pre ni postquirúrgico, de cada uno de los procedimientos especificados a continuación:

Catarata con LIO.
Amigdalectomía.
Cirugía varices.
Fimosis.
Herniorrafía unilateral.
Herniorrafía bilateral.
Hallux valgus.
Incisión y drenaje quiste lacrimal.
Artroscopia.
Cirugía hemorroidal.
Dilatación y legrado uterino.
Escisión sinus pilonidal.
Extirpación tumor benigno de mama.
Liberación escisión vainas y/o tendones.
Orquidopexia.
Extracción material osteosíntesis.
Fístula/fisura anal.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA P14D

INDICADORES DE RECURSOS

- 4.1 Inversiones nuevas: Aparece recogido el importe destinado a inversiones nuevas (artículo 62).
- 4.2 Inversión de reposición. Edificios y otras construcciones: Contempla el importe correspondiente a inversión de reposición relativa a edificios y otras construcciones (concepto 632).
- 4.3 Planes de necesidades: Incluye el importe relativo a inversión de reposición para sustituir el material obsoleto, mobiliario anticuado, etc., que se incluye en el artículo 63, con excepción del concepto 632 «Inversiones de reposición de edificios y otras construcciones».