

**FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 3
ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS
RECURSOS
GERENCIA AREAS DE SALUD**

ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024

**Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y
Evaluación**

Mayo 2023

ÍNDICE

Objetivo 1 Mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria	3
Objetivo 2 Garantizar un uso adecuado de los recursos.....	11
Objetivo 3 Gestión de la Incapacidad Temporal.	17
Objetivo 4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.	19

Objetivo 1 Mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria

3.1.1	Pacientes quirúrgicos con espera mayor de 365 días
Fórmula	<p>1. Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera estructural es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica</p> <p>2. Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera estructural y no estructural es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica</p>
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida. La atención sanitaria de urgencia, incluyendo reimplantes de miembros y atención a quemados. La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización.
Aclaraciones	<p><u>Pacientes en lista de espera quirúrgica</u>: son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente para el cual el hospital tiene previsto utilizar el quirófano, independientemente de si se precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia. Incluye CCI y CMA.</p> <p><u>Espera estructural (EE)</u>: causada por la organización y los recursos disponibles.</p> <p><u>Fecha de inclusión</u>: la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: LEQ</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene - PIN</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.1.2	Pacientes quirúrgicos, prioridad 1, con espera mayor de 30 días
Fórmula	Pacientes en lista de espera quirúrgica, prioridad 1, cuya espera estructural es superior a los 30 días desde la fecha de inclusión x 100 / Pacientes en lista de espera quirúrgica, P-1
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida. La atención sanitaria de urgencia, incluyendo reimplantes de miembros y atención a quemados. La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización.
Aclaraciones	<p><u>Pacientes en lista de espera quirúrgica</u>: son aquellos pacientes que, <u>en un momento dado</u>, se encuentran pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente para el cual el hospital tiene previsto utilizar el quirófano, independientemente de si se precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia <u>Incluye CCI y CMA.</u></p> <p><u>Espera estructural</u>: causada por la organización y los recursos disponibles.</p> <p><u>Prioridad 1</u>: paciente cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.</p> <p><u>Fecha de inclusión</u>: la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>RD 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: LEQ.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene – PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.1.3	Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)
Fórmula	Sumatorio (fecha final período de estudio — fecha de entrada en registro)/ Pacientes en el registro
Exclusiones	Procedimientos realizados mediante cirugía menor.
Aclaraciones	<p>Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en <u>espera estructural</u> (a fecha de corte) para una intervención quirúrgica CCI y CMA.</p> <p><u>Registro de pacientes en LEQ</u>: Es el registro que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.</p> <p>No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.</p> <p><u>Espera estructural</u>: causada por la organización y los recursos disponibles.</p> <p>Aplica a los pacientes en LEQ de los servicios que recoge el Real decreto 605/2003.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: LEQ - Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene - PIN</p>
Periodo de evaluación	<p>Mensual.</p> <p>Acumulado enero-junio.</p> <p>Acumulado octubre-diciembre.</p>

3.1.6.1	Pacientes en espera para consultas externas hospitalarias
Fórmula	Pacientes que rebasan el tiempo de 50 días de espera para la primera visita en consultas externas x 100 / Total de pacientes en espera para la primera visita en consultas externas
Exclusiones	
Aclaraciones	<p><u>Pacientes en espera para primera consulta</u>: es el conjunto de pacientes que <u>en un momento dado</u> se encuentran en espera estructural para ser vistos en una primera Consulta Externa, tengan o no cita asignada, solicitada por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.</p> <p>Se define como <u>primera visita o consulta</u> a la efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor.</p> <p>El tramo de espera correspondiente a cada paciente se determinará contabilizando el número de días naturales entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de prescripción de la solicitud –Fecha de cita asignada (Cita a primera hueco disponible) o • Fecha de indicación médica (fecha solicitada por el médico peticionario: fija o el último día del mes especificado) – Fecha de cita asignada
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
Fuente de datos	<p>Para la identificación de los casos: Selene – PIN.</p> <p>Para extraer los datos para la evaluación: Selene- PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.1.8	Pacientes sin fecha asignada para ser atendidos en consultas externas hospitalarias
Fórmula	Pacientes sin fecha asignada para una primera consulta externa de atención hospitalaria x 100 / Pacientes en espera para una primera consulta externa hospitalaria
Exclusiones	
Aclaraciones	<p><u>Pacientes en espera para primera consulta:</u> es el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera estructural para ser vistos en una primera Consulta Externa, tengan o no cita asignada, solicitada por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.</p> <p><u>Primera consulta:</u> es la efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene –PIN.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene –PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.1.13	Adecuación en el tiempo de triaje en urgencias hospitalarias
Fórmula	Pacientes con triaje realizado en 10 minutos o menos desde la llegada a la puerta de urgencias hospitalarias x 100 / Pacientes con triaje realizado en urgencias hospitalarias
Exclusiones	Situaciones de emergencia.
Aclaraciones	<p>El sistema de triaje estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan y prioriza la asistencia de los mismos.</p> <p>Para el cálculo de este intervalo de tiempo PUERTA-TRIAJE se aplicará la fórmula: Intervalo de tiempo= R1-R2.</p> <p>R1= fecha y hora de inicio de la atención por personal sanitario. R2= fecha y hora de registro del paciente (admisión).</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Un sistema de triaje estructurado, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene –PIN.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene –PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.1.14	Cita en agenda de médicos de familia en menos de 72 horas
Fórmula	Días en que la agenda (presencial y telefónica) de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) tienen una demora menor a 72 horas x 100 / Días de la agenda (presencial y telefónica) de médicos de familia (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria)
Exclusiones	Citas forzadas.
Aclaraciones	<p>El CIAS (Código de Identificación Autónoma Sanitaria, Circular 37/1989 de 29 de diciembre) es el código que se asigna a cada puesto de trabajo o plaza autorizada.</p> <p>La fórmula para calcular las consultas con demora es: Sumatorio de incumplimientos / número de días laborables del periodo.</p> <p><u>Incumplimiento</u>: Para un día determinado, cupo de medicina de familia más de 3 días de demora</p> <p>En caso de existir varias agendas se selecciona agenda con menor demora. Se descuentan los sábados y festivos (tanto locales como regionales).</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Conocer el número de cupos de Médicos de Familia y Pediatras con demora. No tienen hueco en agenda en 72 horas.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.1.15	Cita en agenda de pediatras en menos de 72 horas
Fórmula	Días en que la agenda (presencial y telefónica) de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria) tienen una demora menor a 72 horas x 100 / Días de la agenda (presencial y telefónica) de pediatras (CIAS: Código de Identificación Autónoma Sanitaria)
Exclusiones	Citas forzadas.
Aclaraciones	<p>El CIAS (Código de Identificación Autónoma Sanitaria, Circular 37/1989 de 29 de diciembre) es el código que se asigna a cada puesto de trabajo o plaza autorizada.</p> <p>La fórmula para calcular las consultas con demora es: Sumatorio de incumplimientos / número de días laborables del periodo. <u>Incumplimiento</u>: Para un día determinado, cupo de pediatra con 3 días o más días de demora. Registrar un incumplimiento por cada día del periodo a estudio en que existe demora, tal que un mismo cupo puede sumar tantos incumplimientos como días laborables se computen. En caso de existir varias agendas se selecciona agenda con menor demora. Se descuentan los sábados y festivos (tanto locales como regionales).</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Conocer el número de cupos de Médicos de Familia y Pediatras con demora. No tienen hueco en agenda en 72 horas.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

Objetivo 2 Garantizar un uso adecuado de los recursos.

3.2.1	Rendimiento quirúrgico
Fórmula	Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última intervención (Tiempo bruto) x 100 / Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (Tiempo disponible)
Exclusiones	
Aclaraciones	<p><u>Tiempo bruto utilizado</u>: Transcurre entre la hora de inicio de la intervención del primer paciente que entra a quirófano (INICIO) y la hora fin de intervención del último paciente programado en quirófano (FIN).</p> <p><u>Tiempo Disponible</u>: Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (7 horas en jornada ordinaria).</p> <p>Incluye la Cirugía mayor ambulatoria (CMA) y la Cirugía con ingreso (CCI).</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Mejorar la eficiencia del quirófano.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene – PIN.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene – PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.2.2	Suspensiones de intervenciones quirúrgicas
Fórmula	Intervenciones quirúrgicas programadas con estado “suspendidas” x 100 / Intervenciones quirúrgicas programadas
Exclusiones	
Aclaraciones	<p><u>Suspensión del acto quirúrgico</u>: la eliminación de un paciente de la programación quirúrgica antes del inicio de la sesión, sin posibilidad de sustitución por otra intervención quirúrgica.</p> <p>Los motivos de suspensión quirúrgica normalizados en Selene son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por motivos del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Exitus. • No acude. • No ingresa. • Rehúsa intervención. • Situación clínica del paciente. 2. Por motivos de la organización: <ul style="list-style-type: none"> • Falta algún material. • Falta anestesista. • Falta cirujano. • Falta de camas. • Falta de tiempo. • Disponibilidad de quirófano. • Otra causa estructural. • Suspendida por trasplante. • Suspendida por urgencia.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Mejorar la eficiencia del quirófano.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene – PIN.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene – PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.2.10.1	Demora en el alta hospitalaria
Fórmula	Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica antes de las 14:00 horas x 100 / Altas administrativas en unidades de hospitalización quirúrgica y médica desde las 08:00 a las 20:00 horas
Exclusiones	Altas por exitus. Altas por traslado a otro centro hospitalario.
Aclaraciones	A fin de conocer la liberación del recurso cama en Selene se valora los episodios de hospitalización con alta administrativa realizada en las franjas de horarias definidas durante el periodo de estudio.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	La emisión del alta administrativa del paciente antes de las 14 horas permite la agilización del circuito del alta y la gestión de la disponibilidad del recurso cama.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene-PIN</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene -PIN</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.2.10.2	Demora en el alta hospitalaria (Demora en la validación del informe de alta)
Fórmula	Altas hospitalarias que tienen el informe de alta validado antes de las 12:00 horas x 100 / Altas hospitalarias
Exclusiones	Altas por exitus. Altas por traslado a otro centro hospitalario.
Aclaraciones	Se entiende por informe de alta validado, el informe cerrado, y por tanto no se puede modificar, sólo se permiten adendas.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	La emisión del informe de alta antes de las 12 horas, junto con la entrega al paciente permite la agilización del circuito del alta y la gestión de la disponibilidad del recurso cama.
Fuente de datos	<u>Para la identificación de los casos:</u> Selene. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.
Periodo de evaluación	Mensual.

3.2.11	Inasistencias en consultas hospitalarias
Fórmula	Pacientes citados en consultas externas de atención hospitalaria que no han acudido a la cita x 100 / Pacientes citados en consultas externas de atención hospitalaria
Exclusiones	
Aclaraciones	Motivo de inasistencia: “paciente no acude”.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene –PIN.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene –PIN.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

3.2.14.	Consultas no presenciales de apoyo a la Atención Primaria (INPAP)
Fórmula	<p>Tiempo de demora en la respuesta al total de las INPAP activas en el Área:</p> <p>Consultas no presenciales emitidas desde Atención Primaria contestadas antes de 7 días x 100 / Consultas no presenciales emitidas desde Atención Primaria</p> <p>Consultas no presenciales emitidas desde Atención Primaria contestadas antes de 4 días x 100 / Consultas no presenciales emitidas desde Atención Primaria</p>
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>La interconsulta no presencial es aquella consulta que hace el profesional sanitario de atención primaria al profesional sanitario de atención hospitalaria sobre un paciente por medio del Gestor de Peticiones del SMS.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>La implantación de sistemas virtuales de consulta entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria favorece una interrelación más ágil en la toma de decisiones en la práctica clínica, posibilitando la continuidad asistencial y favoreciendo la formación del Médico de Atención Primaria.</p>
Fuente de datos	<p>DGAS</p> <p>PIN</p>
Periodo de evaluación	Anual.

Objetivo 3 Gestión de la Incapacidad Temporal.

3.3.1	Control de la Incapacidad Temporal (IT)
Fórmula	Propuesta de altas médicas respondidas en plazo x 100 / Propuestas de altas médicas
Exclusiones	
Aclaraciones	Se tendrán en cuenta las Propuestas de alta que figuran como Aceptadas o Rechazadas por los Médicos de Atención Primaria dentro del periodo que se tiene para responder.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Corresponde al facultativo que emite el parte médico de baja y de confirmación determinar, en el momento de su expedición, la duración estimada del proceso.</p> <p>El facultativo podrá alterar esa duración estimada en un momento posterior como consecuencia de la modificación o actualización del diagnóstico o de la evolución sanitaria del trabajador.</p> <p>Las mutuas realizan propuestas de alta a las que el Médico de Atención Primaria debe de responder en tiempo indicando si acepta dicha propuesta, en cuyo caso dará el alta al paciente o rechazándola.</p>
Fuente de datos	OMI
Periodo de evaluación	Mensual.

3.3.2	Porcentaje de altas que no superan la duración óptima
Fórmula	Procesos de Incapacidad Temporal (IT) finalizados para los procesos osteomusculares en que la duración se ajusta a la prevista en la duración óptima x 100 / Total de procesos de IT finalizados para los procesos osteomusculares
Exclusiones	
Aclaraciones	Los procesos osteomusculares objeto de ponderación que se incluyen, con código CIE 10, son los que figuran a continuación: LUMBALGIA CIATALGIA CERVICALGIA DOLOR ARTICULAR DE RODILLA ESGUINCE/TORCEDURA DE TOBILLO DOLOR ARTICULAR DE HOMBRO DOLOR DE ESPALDA NO ESPECIFICADO SINDROME DE TUNEL CARPIANO
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	Procesos de mayo prevalencia de IT. Indicador convenio de IT con el INSS
Fuente de datos	OMI
Periodo de evaluación	Mensual.

Objetivo 4 Conjunto mínimo básico de datos al alta.

3.4.1	Calidad y puntualidad en el conjunto mínimo de datos (CMBD)
Fórmula	<p>Criterio 1: disponibilidad trimestral. Se realizará una actualización de la información de los tipos de CMBD vigentes en la aplicación informática (codificada o no), como mínimo, en la primera semana de enero del año evaluado conteniendo la información acumulada del año previo, recién finalizado, y una actualización trimestral de los datos del año evaluado en la primera semana de los meses de abril, julio, octubre. Excepción: CMBD incluidos en criterios 5 y 6.</p>
	<p>Criterio 2: cierre anual. La codificación y notificación de la información referente al año previo a la evaluación se cerrará antes del 1 de abril del año correspondiente en todos los CMBD y su porcentaje de codificación de diagnósticos será superior al 95%. Excepción: los incluidos en los criterios 5 y 6 no se tendrán en cuenta para el cálculo de la codificación.</p>
	<p>Criterio 3: exhaustividad. La suma de episodios no remitidos al CMBD o al SIAE para las modalidades asistenciales de alta hospitalaria, hospital de día médico y quirúrgico (CMA) diferirá en menos del 5%. Para las modalidades de hospitalización a domicilio y procedimientos especiales, la diferencia entre sistemas será <10%. Si no se alcanza pero se supera en diez puntos porcentuales los resultados del año anterior la puntuación será del 50% previsto en la ponderación. Excepción: no se considerarán los CMBD incluidos en criterios 5 y 6.</p>
	<p>Criterio 4: codificación. El porcentaje de episodios correspondiente a las modalidades de hospital de día médico y quirúrgico (CMA) sin ningún procedimiento codificado será menor del 5% (excepto HPRA) y para la modalidad de hospitalización en servicios quirúrgicos inferior al 10%. El porcentaje de episodios con POA desconocido será inferior al 10%. Excepción: CMBD incluidos en criterios 5 y 6.</p>
	<p>Criterio 5: CMBD de Urgencias. La suma de episodios con literales en blanco, con siglas equivocadas o con información no apropiada para la codificación clínica será inferior al 5%.</p>
	<p>Criterio 6: nuevos componentes en Procedimientos de Especial Complejidad. Se notificará al CMBD de PEC los episodios (codificados y sin codificar) de radioterapia y radiología intervencionista incluyendo al menos un 70% de los episodios recogidos en el SIAE de alguno de ellos.</p>
Fuente	CMBD.
Meta	100%
Ponderación	Criterio 1 x 5% + Criterio 2 x 10% + + Criterio 3 x 50% + Criterio 4 x 20% + Criterio 5 x 5% + Criterio 6 x 10%
Periodicidad	Trimestral y anual.
Desglose	Gerencias de los hospitales.