

FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 1B
PACTOS DE GESTIÓN GERENCIA SALUD
MENTAL-HOSPITAL PSIQUIATRICO
ROMÁN ALBERCA

ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024

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

Mayo 2023

Línea de Actuación 1 Despliegue del Acuerdo y Pactos de Gestión

Objetivo 3 Mejorar la coordinación entre Gerencias de Área y Gerencia de Salud mental

2.7.2	Contenciones Mecánicas en la Unidad de hospitalización de salud mental (UHB, UTA, UHD,UHIJ)																		
Fórmula	Pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de salud mental que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de salud mental																		
Exclusiones																			
Aclaraciones	<p>UHB= unidad de hospitalización breve. UTA= unidad de hospitalización para trastornos de la conducta alimentaria. UHD= unidad de hospitalización para la desintoxicación. UHIJ= unidad de hospitalización infantojuvenil.</p> <p>En hospitales con más de una unidad de Hospitalización, el resultado es la media de la consecución entre las diferentes unidades.</p> <p>Todos los episodios de contención, así como su modalidad y duración, deben quedar debidamente registrados en Selene. Se cumplimentará un formulario por cada episodio de contención física efectuado, quedando registrado el posible mantenimiento del mismo y su final en la Historia clínica del paciente.</p> <p>Para el cálculo del numerador se contabiliza como 1 caso si se ha usado la contención mecánica (independientemente de las veces que haya sido necesaria) durante el ingreso paciente. Para los pacientes reingresadores se contabiliza cada uno de los ingresos como una situación diferente.</p>																		
Tipo de indicador	Proceso.																		
Justificación	La contención física es una medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales. Su indicación sólo está justificada en situaciones extremas para evitar que un enfermo se lesione a sí mismo o lesione a otros, siempre que hayan fracasado o sean inaplicables otras medidas alternativas como la contención verbal, ambiental o farmacológica.																		
Fuente de datos	<p>Para la identificación de los casos: Selene.</p> <p>Para extraer los datos para la evaluación: Selene.</p> <p>Formulario de Indicación contención mecánica:</p> <table border="1" data-bbox="464 1592 1315 1915"> <thead> <tr> <th>Hospital</th> <th>ID_PLANTILLA</th> <th>NOMBRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HCUVA</td> <td>36626</td> <td>Indicación Contención Mecánica</td> </tr> <tr> <td>CHC</td> <td>2093073514</td> <td>Indicación Contención Mecánica</td> </tr> <tr> <td>HRM</td> <td>17020</td> <td>Indicación Contención Mecánica</td> </tr> <tr> <td>HMM</td> <td>18420</td> <td>Indicación Contención Mecánica</td> </tr> <tr> <td>HGRS</td> <td>13480</td> <td>Indicación Contención Mecánica</td> </tr> </tbody> </table>	Hospital	ID_PLANTILLA	NOMBRE	HCUVA	36626	Indicación Contención Mecánica	CHC	2093073514	Indicación Contención Mecánica	HRM	17020	Indicación Contención Mecánica	HMM	18420	Indicación Contención Mecánica	HGRS	13480	Indicación Contención Mecánica
Hospital	ID_PLANTILLA	NOMBRE																	
HCUVA	36626	Indicación Contención Mecánica																	
CHC	2093073514	Indicación Contención Mecánica																	
HRM	17020	Indicación Contención Mecánica																	
HMM	18420	Indicación Contención Mecánica																	
HGRS	13480	Indicación Contención Mecánica																	
Periodo de evaluación	Mensual y anual.																		

1.2.6	Reingresos en Unidad de Hospitalización psiquiátrica Breve (UHB)
Fórmula	Pacientes con ingreso en UHB que han reingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en UHB
Exclusiones	Se excluyen aquellos pacientes que hayan tenido que ser trasladados a otros centros hospitalizados para ser intervenidos o recibir tratamientos específicos.
Aclaraciones	<p>Se contabiliza en el numerador el número total de reingresos independientemente de cuál sea el número total de pacientes que hayan protagonizado los mismos.</p> <p>Se considera que un paciente reingresa en un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo en el mismo hospital, con el mismo diagnóstico, poco después de finalizada una primera hospitalización.</p>
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	<p>Si se da por sentado que, durante el período de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior.</p> <p>El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un “reingreso” no está absolutamente establecido pero la mayoría de los autores consideran un período de un mes.</p>
Fuente de datos	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización.
Periodo de evaluación	Anual.

2.7.8	Ingreso involuntario en la Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHB, UTA, UHD y UHIJ)
Fórmula	Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátricas con autorización judicial x 100 / Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>UHB= unidad de hospitalización breve. UTA= unidad de hospitalización para trastornos de la conducta alimentaria. UHD= unidad de hospitalización para la desintoxicación. UHIJ= unidad de hospitalización infantojuvenil.</p> <p>Se considera que un paciente no se opone al ingreso, es voluntario, cuando acepta libremente y con conocimiento de las consecuencias de su acto, el ingreso. Por el contrario, será involuntario todo ingreso que, por haber manifestado el paciente su disconformidad (verbal o conductualmente) debe ser legalmente comunicado al juzgado para su autorización.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Las ventajas del ingreso voluntario son innegables, al margen de que una excesiva judicialización de la hospitalización psiquiátrica entraña retrasos y costes inapropiados. En la línea de proteger los derechos de los enfermos mentales, la Oficina del Defensor del Pueblo (Informe del Defensor del Pueblo, 1991) consideró necesaria la constancia documental del Consentimiento Informado otorgado por el enfermo, sin que tal consentimiento pueda en ningún caso presumirse.</p>
Fuente de datos	Selene.
Periodo de evaluación	Anual.

Línea de Actuación 2 Calidad y Seguridad de la Atención Sanitaria

Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales.

1.2.1	Ingreso voluntario en la Unidad Regional de Media Estancia (URME)
Fórmula	Pacientes ingresados voluntariamente en la URME x 100 / Pacientes ingresados en la URME
Exclusiones	Los pacientes ingresados con 'MOTIVO DE INGRESO': ORDEN JUDICIAL, aunque expresen su deseo de permanecer en la unidad.
Aclaraciones	<p>La URME es un dispositivo sanitario destinado a pacientes con trastorno mental grave en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada.</p> <p>Se considera que un paciente no se opone al ingreso, es voluntario, cuando firma libremente y con conocimiento de las consecuencias de su acto, el documento disponible "Solicitud de Ingreso Voluntario"</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Las ventajas del ingreso voluntario son innegables, al margen de que una excesiva judicialización de la hospitalización psiquiátrica entraña retrasos y costes inapropiados. En la línea de proteger los derechos de los enfermos mentales, la Oficina del Defensor del Pueblo (Informe del Defensor del Pueblo, 1991) considero necesaria la constancia documental del Consentimiento Informado otorgado por el enfermo, sin que tal consentimiento pueda en ningún caso presumirse.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE. DATA NDWH</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE. DATA NDWH</p> <p>En el Acto Clínico, ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN-CAMPO INDICACIÓN- OPCIÓN PETICIÓN PROPIA.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.2.3	Abandonos indebidos
Fórmula	Pacientes ingresados en URME que salen del centro sin el permiso correspondiente o no regresan de un permiso establecido (abandono indebido) x 100 / Pacientes ingresados en URME
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>Se considera un abandono indebido cuando el paciente abandona el centro sin avisar de su salida o cuando, tras disfrutar de un permiso de salida, no regresa al mismo dentro del horario establecido y sin que se sepa dónde se encuentra. En estos casos, se inicia en el Centro el protocolo de fuga, registrándose la Notificación.</p> <p>No se considera abandono indebido cuando los pacientes, disfrutando de permisos de salida, solos o acompañados por la familia, permanecen en su domicilio y/o regresan fuera del horario establecido por su propio pie o acompañados de familiares.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Como parte de la terapia rehabilitadora los pacientes deben tener permiso de salida y hay horarios previsto para ellos, se realizan salidas diarias y de fin de semana.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE. DATA (NDWH)</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE. DATA (NDWH)</p> <p>INFORME id 579 Registro de Notificaciones Fuga</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.2.12	Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)
Fórmula	Pacientes ingresados más de 24 horas en URME que tienen la EEAG realizada en los primeros 7 días de ingreso por el facultativo psicólogo x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas en URME
Exclusiones	
Aclaraciones	La EEAG es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	La evaluación funcional del paciente proporciona mayor información sobre las áreas a intervenir y sobre la efectividad de las intervenciones en el área de la rehabilitación. La evaluación inicial de la persona que entra en un Programa Individual de Rehabilitación y el seguimiento de su evolución nos permite evaluar el estado de cada una de las áreas susceptibles de ser intervenidas. Así mismo nos permitirá evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE NDWH DATA</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE NDWH DATA</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.2.13	Valoración social del paciente
Fórmula	Pacientes ingresado en URME con la valoración del trabajo social cumplimentada en los primeros 7 días de ingreso x 100 / Total de pacientes ingresado en URME
Exclusiones	
Aclaraciones	Se considera que la Ficha Social ha sido realizada correctamente si se han cumplimentado los ítems que el mismo formulario considera de mínimo cumplimiento (no deja guardar la toma sin cumplimentarlos).
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>La valoración de la situación social del paciente (recogida de forma organizada y sistemática de una serie de datos, tanto objetivos como subjetivos), constituye el primer paso del proceso de atención individualizada, indispensable para identificar los problemas con implicación de factores sociales de cada paciente y establecer un plan de intervención adecuado a las necesidades sociales detectadas, garantizando así una atención holística.</p> <p>Para realizar la valoración del paciente al ingreso en el SMS se utiliza un formulario consenso entre los profesionales de Trabajo Social de la Red de Salud Mental.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE. NDWH DATA</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Ficha Social. NDWH DATA</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.3.8	Valoración y seguimiento de Índice de Masa Corporal (IMC) en pacientes ingresados en URME
Fórmula	Altas hospitalarias que tienen registrado el IMC al ingreso y mensualmente x 100 / Altas hospitalarias
Exclusiones	
Aclaraciones	La valoración de enfermería al ingreso de los pacientes debe incluir el cálculo del IMC. Posteriormente, el seguimiento de la evolución de este puede servir como indicador de la consecución y/o mantenimiento de las metas que se hayan propuesto a nivel del estado nutricional
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Como parte de los objetivos en la recuperación de las personas que padecen enfermedades mentales, está la adquisición de conocimientos y la estimulación de su interés en llevar a cabo una dieta saludable en función de sus preferencias personales, de un equilibrio dietético y un presupuesto limitado. Objetivar las características de su patrón alimentario y cómo este repercute en su salud, es un componente importante de este proceso. El IMC es un indicador del estado nutricional bastante confiable.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.3.10	Valoración nivel de adicción a nicotina en URME
Fórmula	Pacientes fumadores ingresados en URME a los cuales se les ha suministrado Escala de Fagerström para evaluar nivel de adicción a nicotina en los primeros 7 días del ingreso x 100/ Pacientes fumadores ingresados en URME
Exclusiones	Pacientes ingresados en la URME durante menos de una semana.
Aclaraciones	<p>Se considera que la escala se ha completado cuando se obtiene un resultado final.</p> <p>La responsabilidad de la cumplimentación de la escala es del enfermero responsable o del facultativo (el médico de familia es el que principalmente asume la labor del tratamiento del tabaquismo en los pacientes ingresados).</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>El consumo de tabaco es la principal causa de morbimortalidad previsible en todo el mundo. La experiencia clínica sugiere que el consumo de cigarrillos es elevado en pacientes con trastornos mentales.</p> <p>Los datos de prevalencia del consumo de tabaquismo alcanzan hasta el 97% en algunos estudios, considerándose la media en torno al 80%. (1)</p> <p>Se considera estratégico para el hospital el desarrollar un plan para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar, y el uso de estas escalas ayuda en este plan.</p> <p>(1) Campo Arias, A. (1). Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática. MedUNAB, 5(13), 28-33. Recuperado a partir de https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/295</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Aplicativo SELENE</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Aplicativo SELENE-FORMULARIO FAGERSTROM</p>

Asignación de profesionales referentes	
Fórmula	Pacientes ingresados en URME a los que se les asigna un profesional de referencia de cada categoría profesional x 100 / Pacientes ingresados en URME
Exclusiones	
Aclaraciones	Se entiende por profesional de referencia, la atribución de la responsabilidad de la planificación y seguimiento de la atención, según las competencias de cada profesional, sobre un grupo de pacientes durante toda la estancia hospitalaria.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>La personalización de la atención asistencial es una de las expectativas que aparecen con mayor frecuencia en los estudios de satisfacción que se realizan en la población atendida en los sistemas sanitarios actuales.</p> <p>Esta personalización debe entenderse como la necesidad de disponer de un profesional de referencia de cada categoría durante todo el proceso asistencial, con quién pueda establecer un vínculo que permita una relación terapéutica y favorezca la continuidad asistencial intra e interniveles.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.2.6	Reingresos en Unidad de Hospitalización psiquiátrica Breve (UHB)
Fórmula	Pacientes con ingreso en UHB del HPRA que han reingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en UHB del HPRA
Exclusiones	Se excluyen aquellos pacientes que hayan tenido que ser trasladados a otros centros hospitalizados para ser intervenidos o recibir tratamientos específicos.
Aclaraciones	<p>Se contabiliza en el numerador el número total de reingresos independientemente de cuál sea el número total de pacientes que hayan protagonizado los mismos.</p> <p>Se considera que un paciente reingresa en un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo en el mismo hospital, con el mismo diagnóstico, poco después de finalizada una primera hospitalización.</p>
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	<p>Si se da por sentado que, durante el período de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior.</p> <p>El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un “reingreso” no está absolutamente establecido pero la mayoría de los autores consideran un período de un mes.</p>
Fuente de datos	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización.
Periodo de evaluación	Anual.

Objetivo 4 Mejorar la seguridad del paciente.

1.4.1.1	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)
Fórmula	Incremento de las notificaciones realizadas el año que se evalúa respecto a las realizadas el año anterior.
Exclusiones	Notificaciones no validadas por el Núcleo de Seguridad.
Aclaraciones	<p><u>Un sistema de notificación de incidentes</u> relacionados con la seguridad del paciente es aquel que permite la comunicación y el registro de incidentes (con o sin daño) que afectan a la seguridad de los pacientes.</p> <p><u>Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente</u>, entendiéndose como tal los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	El sistema de notificación permite la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes y aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SINASP</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SINASP.</p>
Forma de medición	Anual.

1.4.2.2	Conciliación terapéutica al ingreso
Fórmula	Pacientes a los que se les realiza conciliación terapéutica al ingreso en URME x 100 / Pacientes ingresados en URME
Exclusiones	
Aclaraciones	<p><u>La conciliación de la medicación (CM)</u>: proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas.</p> <p><u>Transición asistencial</u>: toda interfaz en la que la prescripción debe ser revisada y nuevamente registrada de acuerdo a las políticas de la organización. A nivel hospitalario incluye el ingreso, traslado de servicio y el alta hospitalaria; desde el punto de vista ambulatorio habría que incluir la atención domiciliaria, la asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas, así como los cambios de domicilio y de médico de familia o los ingresos en centros sociosanitarios.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Uno de los problemas de seguridad más habituales es la falta de información precisa y completa sobre los medicamentos que toma un paciente en las transiciones entre los distintos niveles de asistencia. Las transiciones colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir errores de medicación, que pueden derivar en efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables.</p> <p>Los errores de conciliación constituyen, por tanto, un problema de seguridad y han sido señalados por organismos como la OMS, NICE, Institute for Healthcare Improvement (IHI) o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente, que requiere un abordaje sistemático dentro de las organizaciones.</p> <p>Un porcentaje elevado de los errores de medicación (EM) comunes en el ámbito hospitalario ocurren durante la transición de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales.</p>
Fuente de datos	Gerencia.
Periodo de evaluación	Anual.

Línea de actuación 4 Uso apropiado de los medicamentos.

3.1.1	Pacientes tratados con paliperidona depot a dosis superior a la máxima recomendada (5 mg/paciente/día)
Fórmula	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima recomendada en ficha técnica x 100 / Pacientes tratados con paliperidona depot
Exclusiones	Pacientes tratados con paliperidona depot a dosis menor o igual a 150mg.
Aclaraciones	<p>En este indicador, solo se incluirán las presentaciones del principio activo de liberación retardada y administración parenteral (depot).</p> <p>La dosis se calculará para cada paciente como la dosis de cada especialidad por el contenido por el número de envases / Número de días del periodo estudiado.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Murcia triplica el consumo de antipsicóticos intramusculares de larga duración al del Sistema Nacional de Salud, no explicable por las tasas de esquizofrenia ni de discapacidad relacionada con los diagnósticos de la CIE10 esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo (F20-F29). Este grupo de medicamentos tiene un elevado impacto en el gasto farmacéutico del SMS.</p> <p>Altas dosis de antipsicóticos se asocian con mayor mortalidad y muerte súbita en pacientes de edad avanzada, riesgo de ictus (más bajo con los neurolepticos antiguos), declive cognitivo y atrofia cerebral, entre otros.</p>
Fuente de datos	Datos disponibles por la DGAS (Subdirección General de Farmacia) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica.
Periodo de evaluación	Anual (Seguimiento mensual).

3.1.2	Pacientes dados de alta con 3 o más antipsicóticos
Fórmula	Pacientes con 3 o más antipsicóticos simultáneamente recetados en un mes al alta x 100 / Pacientes con antipsicóticos prescritos al alta
Exclusiones	
Aclaraciones	El Hospital tiene que facilitar a la Subdirección General de Farmacia la relación de altas hospitalarias del periodo de estudio. Con los siguientes campos: CIPA de los pacientes de alta y la fecha de alta.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	La Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia recomiendan en caso de ausencia de respuesta al tratamiento (mantenido a dosis terapéuticas durante un tiempo suficiente) el cambio de fármaco, buscando un antipsicótico de perfil diferente al primero. En casos refractarios, el fármaco de elección es la clozapina. La combinación de antipsicóticos se contempla como tercera o cuarta línea de tratamiento, cuando han fallado otras alternativas, sin que haya demostrado mayor eficacia que la monoterapia.
Fuente de datos	Datos disponibles por la DGAS (Subdirección General de Farmacia) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica. Fichero de altas del HPRA del periodo a evaluar.
Periodo de evaluación	Anual (Seguimiento mensual).

3.1.3	Disminución en el uso de benzodiazepinas al alta
Fórmula	Pacientes con 3 o más benzodiazepinas diferentes prescritas al alta x 100 / Pacientes con benzodiazepinas prescritas al alta
Exclusiones	
Aclaraciones	El Hospital tiene que facilitar a la Subdirección General de Farmacia la relación de altas hospitalarias del periodo de estudio. Con los siguientes campos: CIPA de los pacientes de alta y la fecha de alta.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	No se recomienda el uso prolongado de benzodiazepinas (por el riesgo de tolerancia y dependencia) ni la combinación de estos fármacos porque no aumenta su eficacia y potencia el riesgo de efectos adversos graves.
Fuente de datos	Datos disponibles por la DGAS (Subdirección General de Farmacia) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica. Fichero de altas del HPRA del periodo a evaluar.
Periodo de evaluación	Anual (Seguimiento mensual).

3.1.4	Reducción del gasto por caducidad
Fórmula	Coste de medicamentos caducados X 100 / Importe consumo
Exclusiones	No se contabilizan los medicamentos caducados fuera de Servicio de Farmacia ni aquellos medicamentos que han podido devolverse al proveedor y éste envía un abono.
Aclaraciones	Medicamento caducado es aquel que ha superado el período en el que se puede garantizar el mantenimiento de sus características.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Evaluar las pérdidas económicas por medicamentos no recuperables.
Fuente de datos	SAVAC (listado de medicamentos caducados) y DISCOVER (libro evolución gasto-consumo).
Periodo de evaluación	Anual.