



SEMI EXCELENTE

proceso de certificación

IMAS

Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma

Índice

Comité SEMI-Calidad.....	0
Índice.....	1
1. Introducción.....	2
1.1. El papel de las Sociedades Científicas en la cohesión del Sistema Nacional de Salud	2
1.2. Profesionalismo y autorregulación	2
1.3. Antecedentes.....	3
2. SEMI-Excelente. Objetivos.....	4
3. Metodología.....	5
3.1. Organización del Proyecto	5
3.2. Proceso de acreditación	5
3.2.1. Revisión de la documentación	5
3.2.2. Monitorización	5
3.2.3. Acreditación.....	5
4. Estándares, criterios de cumplimiento y mecanismos de verificación	6
5. Documentación anexa.....	6
Anexo 1. estándares, criterios de cumplimiento y mecanismos de verificación	7
Anexo. Cuadro de Mandos de la SEMI.....	13
Referencias.....	15

Tablas

Anexo 1. Tabla 1. Resumen de estándares.....	7
--	---

Figuras

Figura 1. Respuestas a la pregunta ¿Se debería impulsar desde la SEMI un proceso de acreditación de los servicios y unidades de Medicina Interna?	4
---	---

SEMI-Excelente. Proceso de certificación en calidad de la SEMI para las Unidades de Medicina Interna

1. Introducción

1.1. El papel de las Sociedades Científicas en la cohesión del Sistema Nacional de Salud

Existe, en los países de la Unión Europea, una tendencia generalizada al desarrollo de instituciones de ámbito estatal que desarrollen estándares y guías que garanticen la calidad de los procesos sanitarios, reduzcan la variabilidad de la práctica clínica y aumenten la seguridad de los procedimientos. Ejemplos notables de esta tendencia son: el Instituto para la Calidad y Eficiencia alemán; el Centro Belga de Conocimiento sobre Asistencia Sanitaria; el Consejo Nacional de Salud de Dinamarca; el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para la Salud y Bienestar de Finlandia; la Alta Autoridad para la Salud francesa; el NICE en el Reino Unido; y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar de Suecia. En la actividad de estas instituciones existe generalmente una estrecha colaboración con las sociedades científico-médicas.

A diferencia de las tendencias señaladas, desde la completa descentralización de las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en las Comunidades Autónomas (2002) y la consecuente desaparición del INSALUD, no se han generado suficientes instituciones que, trabajando para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, reemplacen las actividades de generación de experiencia y conocimiento en planificación y gestión sanitaria que para el conjunto del Sistema Nacional de Salud desarrollaban el Ministerio y el INSALUD. Las Sociedades Científicas (y, en especial la Sociedad Española de Medicina Interna -SEMI-) deben cumplir un importante papel en este sentido, colaborando a la cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), generando información relevante sobre resultados en salud de la asistencia sanitaria y desarrollando estándares de calidad y buenas prácticas. Esta necesidad es aún mayor cuando se constata que existen muy importantes desigualdades en salud, así como en productividad, eficiencia, etc. entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, así como entre unidades¹.

1.2. Profesionalismo y autorregulación

Existe una marcada tendencia en los países occidentales desarrollados hacia el profesionalismo y la autorregulación^{2,3}, actividades que desarrollan en general las sociedades científicas. En 2002, la *American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*, la *American College of Physicians Foundation* y la *European Federation of Internal Medicine*, publicaron conjuntamente "*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*"⁴. Profesionalismo se entiende como

la base del contrato de la medicina con la sociedad. Sus principios fundamentales son⁽¹⁾ la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente y la justicia social. Dentro de esta tendencia existen aspectos que tendrán una relevante incidencia en el futuro inmediato del SNS, como, entre otros, son los relativos a la re-certificación y a la acreditación de unidades o servicios, así como de profesionales.

En el marco descrito, tanto por el impulso al profesionalismo como por el papel a desarrollar en la cohesión y calidad del SNS, la SEMI debe potenciar actividades que, si bien viene desarrollando, deben adquirir una mayor dimensión y visibilidad, situándose en un plano de igualdad en cuanto a su relevancia a las que tradicionalmente viene desempeñando con notable éxito: Revista Clínica Española, Congreso Nacional, formación médica continua, etc. Estas actividades son:

- Generar evidencia científica sobre la efectividad, calidad y eficiencia de la asistencia en medicina interna.
- Elaborar estándares de calidad.
- Implantar sistemas de acreditación de unidades y profesionales.
- Desarrollar procesos de auditoría para la mejora de la calidad de la asistencia.

1.3. Antecedentes

Algunas de las actividades relacionadas con la cohesión y mejora de la calidad en el SNS están siendo desarrolladas por la SEMI. En 2014 inició el proyecto RECALMIN, que ha permitido dotarse de datos de estructura, actividad y resultados en las unidades de medicina interna (UMI) del SNS.

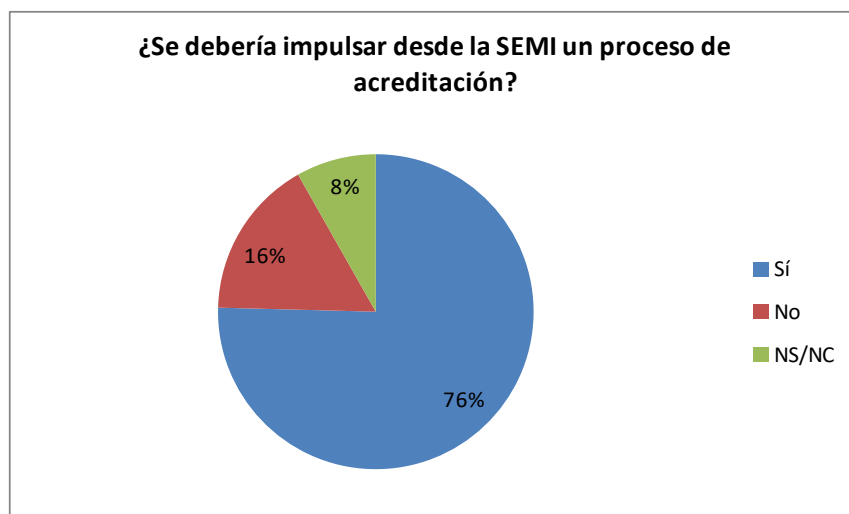
En base a la información aportada por RECALMIN, así como de los documentos de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad^{5,6,7,8} y de referentes internacionales de calidad asistencial en Medicina Interna^{9,10,11,12,(2)}, la SEMI ha desarrollado los estándares de Unidades de Medicina Interna⁽³⁾. Dentro del proceso de información pública de los estándares, más de las tres cuartas partes de los responsables de servicio y unidad que respondieron la encuesta (61) contestó afirmativamente la pregunta: ¿Se debería impulsar desde la SEMI un proceso de acreditación de los servicios y unidades de Medicina Interna? (figura 1).

⁽¹⁾ <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Physician%20Charter.ashx?la=en>

⁽²⁾ http://www.efim.org/system/files/efim_200604_gold_standard_iddfeb05.pdf

⁽³⁾ <https://www.fesemi.org/quienes/semi/encuestas/medicina-interna-siglo-xxi>

Figura 1. Respuestas a la pregunta ¿Se debería impulsar desde la SEMI un proceso de acreditación de los servicios y unidades de Medicina Interna?



En el año 2018 se desarrolló la fase piloto de este proyecto, acreditándose en SEMI-Excelente 17 UMI. En 2019 se desarrolló la segunda fase del proyecto, que incorporó a 10 UMI más. Este proceso, suspendido en 2020 por la pandemia de la COVID-19, se reanuda en 2021 en la medida que la actividad de las UMI y de los hospitales se vaya normalizando.

2. SEMI-Excelente. Objetivos

SEMI-Excelente es un certificado de calidad emitido por la SEMI para aquellas UMI que, habiendo solicitado la acreditación, cumplen con los estándares de calidad establecidos. Sus objetivos son:

- Contribuir a la mejora continua de la calidad de la asistencia en los servicios de medicina interna del SNS.
- Integrar, dar coherencia y completar las numerosas actividades y programas de mejora de la calidad impulsados por la SEMI y sus grupos de trabajo.
- Alinear en la mejora de la calidad a los agentes implicados, en especial:
 - A los médicos internistas y otros profesionales vinculados a la asistencia en las UMI (atención primaria, otras subespecialidades médicas y quirúrgicas, enfermería).
 - A los Servicios / Unidades de Medicina Interna.
 - A las sociedades científicas involucradas en el manejo de pacientes con los procesos más frecuentemente atendidos en las UMI (insuficiencia cardiaca, EPOC, ictus,...).
 - A las administraciones públicas y autonómicas.
 - A los gestores sanitarios.
- Mejorar la calidad de la asistencia prestada en el SNS, reduciendo la mortalidad y reingresos hospitalarios evitables, así como la frecuentación inapropiada en los servicios de urgencia, y hacer un uso eficiente de los recursos disponibles.

3. Metodología

3.1. Organización del Proyecto

El **Comité de Calidad**, designado por la Junta Directiva de SEMI, figura en la primera página de este documento.

3.2. Proceso de acreditación

3.2.1. Revisión de la documentación

A los servicios que hayan solicitado la evaluación se les remitirá el Manual de Criterios y Definiciones y se les solicitará, vía correo electrónico, la documentación precisa para acreditar la unidad.

3.2.2. Monitorización

Dada la experiencia en el proyecto piloto, la monitorización "in situ" se realizará solamente en una muestra de las UMI que soliciten la certificación en SEMI-Excelente. Para la aquellas unidades en las que se realice esta fase, una vez completada y revisada la documentación, y estando ésta conforme con los estándares establecidos, se pactará con el servicio un día para la monitorización "in situ", que comprenderá:

- a) Entrevista con el responsable de la UMI.
- b) Entrevista con la/s supervisora/s de la UMI.
- c) Entrevista con el gerente/director médico del hospital y, en su caso, con el responsable -si existe- de continuidad asistencial, de calidad asistencial, presidente de la Comisión de Seguridad.
- d) Entrevistas con responsables y miembros de otras unidades que, no siendo el servicio de medicina interna, tienen una relevante relación con la UMI.
- e) Visitas a las instalaciones de medicina interna.
- f) Cierre de visita con el jefe de servicio/responsable de unidad.

3.2.3. Acreditación

Los evaluadores acreditados por SEMI elaborarán un informe final con una descripción de la UMI y recomendaciones (si indicado) de mejora, así como una propuesta de acreditación (o no) siguiendo unos criterios predefinidos en el Manual de Acreditación, que elevaran al Comité de Calidad.

Con el informe del miembro del Comité de Calidad se elaborará un informe final con una descripción de la UMI y opciones (si indicado) de mejora, así como una propuesta de acreditación (o no) de al Comité de Calidad. Si la valoración final del Comité de Calidad es favorable, la SEMI emitirá un certificado de calidad, indicando que cumple los estándares establecidos.

4. Estándares, criterios de cumplimiento y mecanismos de verificación

En el Anexo 1 se recogen los criterios de cumplimiento y mecanismos de verificación para los estándares de las UMI.

5. Documentación anexa

Para guiar en el proceso de certificación en SEMI-Excelente a las UMI se adjunta:

1. Un listado de comprobación del cumplimiento de los estándares. La remisión de la documentación se acompañará, **en archivo aparte**, del listado de comprobación que se adjunta con la remisión de la invitación (tabla 1). Es importante que se recoja en el listado de comprobación qué estándares cumple la UMI (para obtener la certificación no es imprescindible cumplir todos y cada uno de los requisitos), así como en qué lugar de la documentación remitida por la unidad se puede comprobar que reúne el requisito necesario para cumplir con el estándar.
2. Un Manual que sirve de guía a las UMI para preparar la documentación precisa para certificarse.

Anexo 1. estándares, criterios de cumplimiento y mecanismos de verificación

Anexo 1. Tabla 1. Resumen de estándares

	Proceso	Estándares	Criterio	Mecanismo de verificación	
				Revisión documental	Monitorización "in situ"
Procesos "clave"	Atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado en sala de MI	Ingreso			
		Hosp 1. El equipo de la UMI deberá evaluar al paciente en las primeras 4 horas tras su llegada a planta, cuando el paciente no fuese ingresado por el equipo de guardia de MI en el área médica.	Disponer de un documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar el tiempo de actuación ⁽⁴⁾	Revisión documental	
		Hosp 2. La UMI debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización.	Disponer de un documento (proceso, vía clínica, procedimiento), que establezca los mecanismos para estandarizar la comunicación en las transiciones asistenciales entre unidades (especialmente con la UCI)	Revisión documental	
		Hosp 3. La UMI debe protocolizar y desarrollar vías clínicas para los procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización.	Haber elaborado procesos o vías clínicas para los cinco procesos más frecuentes en la unidad (como orientación: insuficiencia cardiaca, neumonía, EPOC, ictus, patología infecciosa, septicemia,...). Es recomendable que en los respectivos procesos hayan participado y acordados con los distintos agentes y unidades implicadas (atención primaria, servicio de urgencias, otras subespecialidades médicas o quirúrgicas...)	Revisión documental	
		Seguimiento			
	Hosp 4. La UMI debe asignar un médico internista referente durante el periodo de hospitalización que el paciente ha de reconocer como responsable de su atención.	Disponer de un documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar la asignación de un médico internista referente	Revisión documental	Entrevista con el responsable de la UMI Entrevista con la Supervisión de planta en la UMI	

⁽⁴⁾ Se deben evitar ingresos en planta a partir de las 22:00 horas. En el supuesto de ingreso nocturno deberá ser valorado por el equipo de guardia dentro de las primeras 4 horas.

Proceso	Estándares	Criterio	Mecanismo de verificación	
			Revisión documental	Monitorización "in situ"
	Hosp 5. La UMI debe garantizar que se realice, al ingreso, las actividades descritas en la guía NICE 50 (Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital).	Disponer de un documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar la realización sistemática de las actividades descritas en la Guía NICE 50	Revisión documental	Entrevista con el responsable de la UMI
	Hosp 6. La UMI debe implantar un sistema formalizado de intercambio de información y/o la realización del pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente.	Disponer de un documento (proceso, vía clínica, procedimiento), que establezca los mecanismos para estandarizar la comunicación con el equipo de enfermería de la planta (preferiblemente pase de visita multidisciplinar)	Revisión documental	Entrevista con la Supervisión de planta en la UMI
	Hosp 7. Dotar a las salas de las UMI de personal de enfermería suficiente, ajustada a las necesidades de niveles de cuidados.	Ámbito de responsabilidad ajena a la UMI. ¿Existe algún instrumento de asignación de personal de enfermería por cargas de trabajo?. Ratio pacientes / enfermera turno de mañana		Entrevista con la Supervisión de planta en la UMI
	Planificación del alta y alta			
	Hosp 8. La UMI debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.	Disponer de un documento (proceso, vía clínica, procedimiento), que establezca los mecanismos para estandarizar la comunicación en la transición asistencial desde la UMI al domicilio del paciente o residencia asistida	Revisión documental	Entrevista con el responsable de coordinación asistencial (si lo hubiera) Entrevista con la dirección médica de AP
	Hosp 9. El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de atención primaria).	Modelo de Informe de Alta, que recoja los requisitos establecidos	Revisión documental de 20-25 informes de alta, cumplimiento de más del 85% de los identificadores	

	Proceso	Estándares	Criterio	Mecanismo de verificación		
				Revisión documental	Monitorización "in situ"	
		Hosp 10. El informe de alta debe cumplir con los requisitos del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada			Revisión documental de 20-25 informes de alta, cumplimiento de más del 85% de los identificadores	
Apoyo de consultoría a atención primaria y otras especialidades	Estructura					
	Cons 1. La UMI debe establecer con atención primaria sistemas de comunicación estables, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada.	Descripción del sistema de relación con atención primaria		Revisión documental	Entrevista con el responsable de la UMI	Entrevista con el responsable de coordinación asistencial (si lo hubiera)
	Cons 2. La UMI debe ofertar sistemas estables de interconsultas no presenciales capaces de evitar consultas de urgencia o desplazamientos innecesarios de los pacientes.	Oferta de consulta no presencial				
	Cons 3. La UMI debe desarrollar con atención primaria modalidades de seguimiento compartido de pacientes crónicos o complejos	Disponer de un documento (proceso, ruta asistencial), consensuado con atención primaria que establezca los mecanismos para el seguimiento compartido de los pacientes crónicos complejos		Revisión documental	Entrevista con la dirección médica de AP	
	Las gerencias de los centros deben asignar tiempos de carga de trabajo para las actividades de consulta e interconsulta no presencial y para favorecer el desplazamiento periódico del médico internista a los centros de salud.	Ámbito de responsabilidad ajena a la UMI. ¿Existe asignación de tiempos para consultas no presenciales y desplazamiento a los Centros de Salud?. Si existiera, ¿qué criterios se utilizan?				Entrevista con la dirección médica del hospital
	Proceso					
	Recepción					
	Cons 4. La UMI debe disponer de criterios de priorización y de vías ambulatorias, consensuadas con atención primaria, que permitan establecer el diagnóstico de pacientes con rápido deterioro de su	Disponer de un documento (proceso, ruta asistencial), consensuado con atención primaria que establezca los mecanismos para el proceso diagnóstico de pacientes		Revisión documental	Entrevista con el responsable de la UMI	Entrevista con el responsable de

	Proceso	Estándares	Criterio	Mecanismo de verificación	
				Revisión documental	Monitorización "in situ"
Organiz	Atención al paciente crónico complejo. Continuidad asistencial	condición o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves en un tiempo adecuado, evitando, en la medida de lo posible, su ingreso hospitalario para estudio.	con rápido deterioro de su condición o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves		coordinación asistencial (si lo hubiera) Entrevista con la dirección médica de AP
		Atención/ Exploraciones complementarias			
		Cons 5. La consulta debe incluir historia completa, exploración sistemática (no dirigida) y la solicitud de los estudios adecuados y generar un informe al finalizar el proceso de consulta/interconsulta con un esquema básico que incluya los estudios realizados, la orientación diagnóstica y el plan/tratamiento a seguir.	Modelo de Informe de Alta de Consulta, que recoja los requisitos establecidos	Revisión documental	
		Alta/Seguimiento			
		Cons 6. En los pacientes crónicos complejos se recomienda el seguimiento compartido con su médico de atención primaria.	Disponer de un documento (proceso, ruta asistencial), consensado con atención primaria que establezca los mecanismos para el seguimiento compartido de los pacientes crónicos complejos	Revisión documental	Entrevista con el responsable de la UMI
		PCC 1. La UMI debe disponer de un sistema estructurado de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital.	Descripción del sistema de relación con atención primaria		Entrevista con el responsable de coordinación asistencial (si lo hubiera)
		PCC 2. Para áreas de salud > 100.000 habitantes, la UMI deberá tener asignada, al menos, una enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos.	Disponibilidad de enfermera de enlace / gestora de casos		Entrevista con la dirección médica de AP
PCC 3. Tener asignado un responsable, con dedicación en función de la complejidad del equipo asistencial.	Nombramiento de responsable de la UMI	Revisión documental			

	Proceso	Estándares	Criterio	Mecanismo de verificación	
				Revisión documental	Monitorización "in situ"
		PCC 4. Dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento.	Manual de Organización y Funcionamiento de la UMI	Revisión documental	Entrevista con el responsable de la UMI Entrevista con la dirección médica del hospital
		PCC 5. Elaborar una Memoria Anual.	Memoria Anual de la UMI	Revisión documental	
		PCC 6. Disponer (UMI/hospital) de un sistema de registro de complicaciones.	Registro de complicaciones de la UMI y/o sistema de registro de eventos adversos del hospital	Revisión documental	
		PCC 7. Realizar, al menos dos veces al año, una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella.	Programa de sesiones Programa de sesiones	Revisión documental Revisión documental Revisión documental	
		PCC 8. Disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas.			
		PCC 9. Dotarse de un sistema de indicadores, incluyendo los de calidad y seguridad, en la medida de lo posible de resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos.	Cuadro de Mandos de la UMI (recomendable el propuesto por la SEMI). Anexo	Información SEMI	
		PCC 10. Cumplir con las obligaciones legales relativas a los sistemas de información y los registros de la SEMI	Participar en RECALMIN y (recomendable), algún otro registro de SEMI	Revisión documental	
		PCC 11. Evitar intervenciones de bajo valor, manteniendo actualizado y disponible para todos los miembros de la unidad el listado de estas intervenciones para evitar su práctica. En el mencionado listado deben estar comprendidas las propuestas por la SEMI	Listado de actuaciones / intervenciones de bajo valor	Revisión documental	
		Formación	Formación continuada	Form 1. Disponer de un plan de formación continuada para sus integrantes, basado en el desarrollo de competencias profesionales adecuadas a la cartera de servicios de la unidad.	

	Proceso	Estándares	Criterio	Mecanismo de verificación	
				Revisión documental	Monitorización "in situ"
		Form 2. Cada profesional de la UMI debe haber completado, al menos, 40 horas (4 ECTS -European Credit Transfer and Accumulation System-), al año	Cumplimiento del criterio	Revisión documental	
	Formación de postgrado	Form 3. Las UMI acreditadas para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán disponer de un programa de formación que incluya los requisitos mínimos requeridos	Programa formación MIR en MI en la UMI		Entrevista con el responsable de la UMI Entrevista con la dirección médica del hospital Entrevista con un tutor de residentes de la UMI
		Form 4. Las UMI acreditadas para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán tener un tutor por cada 5 residentes con tiempo asignado para el desarrollo de su labor	Cumplimiento del criterio		Entrevista con el responsable de la UMI
		Form 5. Las UMI por las que roten médicos residentes de otras áreas de conocimiento especialistas deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los requisitos mínimos requeridos	Programa de formación MIR de otras especialidades en la UMI		Entrevista con la dirección médica del hospital Entrevista con un tutor de residentes de la UMI
	Formación de pregrado	Form 6. Las UMI por las que roten alumnos del grado de Medicina deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los requisitos mínimos requeridos	Programa de formación de la UMI para alumnos de grado	Revisión documental	
Investigación	Invest 1. Tener a alguno de sus miembros como firmante de un artículo publicado en una revista científica indexada al año	Artículos publicados (2 últimos años) en los que figure algún miembro de la UMI: ≥ 1 artículo en los hospitales de < 200 camas; ≥ 2 artículos en los hospitales de ≥ 200 y < 500 camas; ≥ 3 artículos en los hospitales de ≥ 500 y < 1.000 camas; ≥ 4 artículos en los hospitales de ≥ 1.000 camas			

Anexo. Cuadro de Mandos de la SEMI

		Aclaraciones
Población Ámbito		
Internistas		
Internistas * 1000 habitantes		
Hospitalización convencional		
Nº Altas		
Estancia Media		
IEMA ^(*)		
Peso medio GRD ^(*)		Para aquellas UMI que integren una UCP conviene que estos indicadores se refieran a las altas dadas desde la hospitalización convencional
Índice de Charlson ^(*)		
Nº Altas * Médico Internista * año		Nº de Altas / Médicos Internistas dedicados a hospitalización
Unidad de Cuidados Paliativos		
Nº Altas UCP		
EM UCP		
Nº Pacientes Domicilio		
Nº Interconsultas Hospitalarias (pacientes)		
Nº Visitas promedio por interconsulta		
Consultas Primeras		
Consultas Sucesivas		
Sucesivas : Primeras		
Consultas No Presenciales		
Nº Sesiones Hospital de Día (en puestos de HdD dedicados a MI)		
Proyectos de investigación de convocatorias competitivas (públicas o privadas) nacionales o internacionales (con al menos un miembro del servicio/unidad como investigador)		
Ensayos clínicos (EE.CC.) en los que participa al menos un miembro del servicio / unidad		
Publicaciones en revistas con factor de impacto (JCR) ha participado al menos un miembro del servicio / unidad		
Factor de impacto total		
Tasa bruta de mortalidad		
Tasa de mortalidad estandarizada por riesgo (MER) ^(*)		
Tasa de reingresos		
Tasa de reingresos estandarizada por riesgo (TRER)		

	Aclaraciones
Índice agregado de mortalidad en IAM, IC, neumonía, hemorragia digestiva, ictus y fractura de cadera (TMER) ^(*)	
TBM Insuficiencia Cardíaca (IC)	
Tasa de mortalidad por IC estandarizada por riesgo (TMER) ^(*)	
Reingresos por IC a los 30 días	
Reingresos por IC a los 30 días (TRER) ^(*)	
Mortalidad por neumonía	
Tasa de mortalidad por neumonía estandarizada por riesgo ^(*)	
Mortalidad por EPOC	
Reingresos por EPOC a los 30 días	
Tasa de infección hospitalaria (INCALSNS) ^(*)	<p>El numerador incluye las altas hospitalarias en las que figure, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.3, 996.6x, 998.5x, ó 519.01</p> <p>Exclusiones y/o excepciones: En la definición de origen (<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>), se excluyen los casos con estancia inferior a 2 días, y cualquier código que indique que el paciente es o está en una situación inmunodeprimida o de cáncer.</p> <p>En el modelo de explotación (SNS) del CMBD no se consideran estas excepciones salvo para el ámbito de análisis a nivel de un hospital concreto, donde dichas excepciones podrían tener impacto, pero no se realiza para el global del SNS, donde dicho impacto es mínimo.</p>
Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria ^(*)	<p>El numerador incluye todas aquellas altas en las que consta, en cualquier posición de diagnóstico secundario, el código 707.0 de la clasificación CIE-9 MC.</p> <p>Exclusiones: Altas con días de estancia inferior o igual a 4. Úlcera de decúbito como diagnóstico principal Altas de categoría diagnóstica mayor (CDM) 9 (piel y tejido subcutáneo), 14 (Embarazo, parto y puerperio), pacientes con diagnósticos de hemiplejía y paraplejía, espina bífida o daño cerebral por anoxia (definición de la <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>)</p>
Tasa de infección por catéter venoso central ^(*)	99931, 99932. Excluye casos con códigos diagnósticos de cancer, inmunodeficiencia, o sin códigos de sexo, edad, año y diagnóstico principal
Fractura de cadera * 10.000 ^(*)	<p>Altas con códigos de fractura de cadera en cualquier diagnóstico secundario (820.00-820.22; 820.30-820.32; 820.8; 820.9).</p> <p>Excluye: fractura de cadera como diagnóstico principal; enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conectivo (CDM 8), diagnóstico principal de convulsión, síncope, ictus, coma, parada cardíaca, envenenamiento, trauma, delirio u otras psicosis o daño cerebral anóxico; diagnóstico de cáncer metastásico, linfóide u óseo; autolesiones; altas de CDM.</p>
^(*) Estos indicadores deben ser proporcionados por la Gerencia / Servicio d Salud o la SEMI	

Referencias

- 1** Zapatero Gaviria A, Barba Martín R, Román Sánchez P, Casariego Vales E, Díez Manglano J, García Cors M, Jusdado Ruiz-Capillas JJ, Suárez Fernández C, Bernal JL, Elola Somoza FJ. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2016 May;216(4):175-82. doi: 10.1016/j.rce.2016.01.002. Epub 2016 Feb 16. Premio al mejor artículo de la RCE 2016.
- 2** Wynia MK. The Role of Professionalism and Self-regulation in Detecting Impaired or Incompetent Physicians. *JAMA* 2010;304:210-212 (doi:10.1001/jama.2010.945)
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/304/2/210>
- 3** Ferris TG, Vogeli C, Marder J, Sennett CS, Campbel EG. Physician Specialty Societies And The Development Of Physician Performance Measures. *Health Affairs* 2007;26: 1712-1719. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.1712.
- 4** Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of InternalMedicine. *Eur J Intern Med* 2002;136:243-6 [Ann Int Med 2002; 136: 243-6, *Lancet* 2002; 359: 520-2].
<http://annals.org/article.aspx?articleid=474090>
- 5** Palanca I (Dir), Medina J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
- 6** Palanca I (Dir), González L (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>
- 7** Palanca I (Dir), Esteban de la Torre A (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCL.pdf>
- 8** Palanca I (Dir), Mejía F (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
- 9** Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013.
<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/consultant-physicians-working-patients-revised-5th-edition>
- 10** Dowdle R. Acute internal medicine and general internal medicine. En: Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013, pp.: 17-25.
- 11** Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.
- 12** Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg50>