



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA  
2009**

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**



Córdoba 26 de Marzo de 2009

## REUNIDOS

De una parte la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y en su nombre y representación D. Julián de la Torre Cisneros, en calidad de Director de la Unidad.

De otra parte el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación D. José Manuel Aranda Lara, en calidad de Director Gerente

## ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2009

El Director de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Julián de la Torre Cisneros

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

**LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA EN EL AÑO 2009**

Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular interino, eventual, etc.)	Especialidad (si procede)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial, % de dedicación
De la Torre Cisneros, Julián Carlos	FEA. Director de la U.G.C.	Profesor titular vinculado	M.I. Enf. Infecciosas	100 %	
Kindelán Jaquotot, Jose Maria	FEA	Titular	M.I. Enf. Infecciosas	100 %	
Jurado Jiménez, Rafael	FEA	Titular	M.I. Enf. Infecciosas	100 %	
Rivero Román, Antonio	FEA. J. Sección	Titular	M.I. Enf. Infecciosas	100 %	
Vidal Verdú, Elisa	FEA	Titular	M.I. Enf. Infecciosas	100 %	
García Lázaro, Milagros	FEA	Interina	M.I. Enf. Infecciosas	100 %	
Natera Kindelán, Clara	FEA	Interina	M.I. Enf. Infecciosa	100 %	
Rumbao Aguirre, José	FEA	Eventual	Pediatra	100 %	
Montes Higuera, María Trinidad	A. Administrativa	Titular		100 %	
Plaza convocada	DUE supervis.			100%	
Segador Gómez, Aureliana	DUE	Titular		100 %	
Delgado Caceres, M <sup>a</sup> . Angeles	DUE	Titular		100 %	
Aceituno Perez, Rosario	DUE	Titular		100%	
Sanjurjo Diz, M <sup>a</sup> . Carmen	DUE	Titular		100 %	
García Galvez, M <sup>a</sup> . Dolores	DUE	Titular		100 %	
Gonzalez Bravo, Manuel	DUE	Titular		100 %	
Crevillen del Saz, Pilar	DUE	Titular		100 %	
Escribano Duran, S. Encarnacion	DUE	Interina Ev. L.S,		100 %	
Ortiz Jiménez, Consuelo	DUE	Interina Ev. L. S.		100 %	
Baena Gonzalez, Antonia	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Fernández Barbero, María Valle	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Molina Cabezas, Antonio	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Gomez Hens, Josefa	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Romero Heras, M <sup>a</sup> . Josefa	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Rubiano Mariscal, Josefa	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Bonilla Delgado, Pilar	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Gallego Romero, Isabel	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Burgos Luque, Concepción	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Morilla Perez, M <sup>a</sup> . Jose	Ax. Enfermería	Interina Ev. L.S.		100 %	
Serrano Cano, M <sup>a</sup> .	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Vega Carmona, Ana Maria	DUE	Eventual		100 %	
Hermoso Hermosos, Dolores	Trabajadora S.	Titular			30 %
Fernández Sánchez, Carmen	Enfermera Hosp. Enlace	Titular			30 %
Serrano Cano, Inmaculada	Celadora	Interina		100 %	

## 1. Introducción

Los principios que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, establecidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, han sido plenamente asumidos por la sociedad andaluza a lo largo de estos últimos diez años. La universalidad, la equidad e igualdad en el acceso o la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, poseen un valor intrínseco como fundamentos del mandato constitucional que los ha consolidado socialmente. En este sentido, se han convertido en el referente que debe guiar las actuaciones en materia de salud adaptadas, en cada momento, al nivel de exigencia de una sociedad dinámica y en continua evolución como la andaluza. Exigencia que se traduce en el requerimiento al Sistema Sanitario Público de nuevas cualidades, en la demanda de una mayor eficiencia, de la implementación de medidas innovadoras en la gestión que garanticen la eficacia de las actuaciones en materia de salud, la modernización y renovación tecnológica, la aplicación a la salud de los avances científicos experimentados y, sobre todo, de una atención más personalizada.

El desarrollo alcanzado obliga a toda la Organización sanitaria a ofrecer una respuesta eficaz para garantizar la efectividad de los derechos, para ofrecer los avances más relevantes que se vayan produciendo en materia de tecnologías e investigación y, de modo particular, prestar especial atención a los grupos de población que más necesitan de la asistencia sanitaria. La respuesta pasa necesariamente por la puesta en práctica de una política de transparencia informativa en la gestión de los recursos, la potenciación de nuevas fórmulas de gestión y organización y por prestar especial atención a los profesionales como protagonistas y ejecutores de las políticas sanitarias. Todo ello se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud para esta VIII Legislatura:

1. Construcción de un sistema de salud más cercano a las personas; con más servicios, derechos y prestaciones; más democrático y participativo.
2. El impulso de la salud pública enfocado a la mejora de salud de la población andaluza.
3. El establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que protagonicen las mejoras de los servicios.
4. La potenciación de la investigación biomédica.
5. El reforzamiento de las infraestructuras y los equipamientos sanitarios.

Al Servicio Andaluz de Salud le corresponde un papel preeminente, de liderazgo compartido con los restantes prestadores de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en la consecución de los objetivos que se deriven de estas líneas, como principal organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos.

Con ello, el Servicio Andaluz de Salud cumple con las funciones de gestor del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación; así como, la gestión y administración de las instituciones, centros y servicios sanitarios propios y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignan para el desarrollo de las funciones que le han sido encomendadas por la ciudadanía y que se explicitan en la Ley de Salud de Andalucía.

El instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía lo constituye el Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud y los Hospitales. Dentro de este ámbito, el presente Acuerdo de Gestión es el instrumento del cual se dota la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Reina Sofía para establecer las actividades a realizar por sus unidades y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año 2009. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.



La firma de este acuerdo de gestión supone, por lo tanto, no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso del Centro y sus Unidades de Gestión Clínica para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

La experiencia adquirida en el anterior periodo aconseja mantener la perspectiva cuatrienal con el fin de identificar un horizonte a medio plazo, que permita al conjunto de la Organización identificarse con los cambios prefijados que se han de acometer.

Por otra parte, su desarrollo anual permite una progresión creciente de objetivos fiables y factibles en el tiempo. En definitiva, se trata no sólo de examinar y penetrar en las líneas ya emprendidas, que serán ampliadas y complementadas con otras en el IV Plan Andaluz de Salud y en la Nueva Estrategia del Plan de Calidad sino, sobre todo, se trata del abordaje de un profundo cambio organizativo que conducirá hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica.

La madurez alcanzada por la Organización Sanitaria permite incidir de un modo más acusado en los objetivos estratégicos, facilitando la simplificación del Acuerdo de Gestión, en el que queda reflejada la relación de objetivos que permitirán su monitorización, sin menoscabo de que se les siga dando cumplimiento a aquellos otros objetivos y actividades que se han venido desarrollando con anterioridad.

Para que esta metodología funcione, por una parte, el acuerdo de gestión deberá ser aprobado por todo el equipo asistencial que compone la Unidad, asumiendo la responsabilidad sobre el mismo y, por otra parte, la Dirección del Hospital dará la confianza y autonomía necesarias a la Unidad para que dicho acuerdo pueda ser llevado a cabo.

**2. Justificación del Proyecto común (Solo para unidades clínicas compuestas por más de un servicio)**

No aplica

**3. Nivel de autonomía y responsabilidad que está dispuesta a asumir la unidad de gestión clínica.**

El grado de descentralización de una Unidad Clínica debe ir ligado al nivel de responsabilidad que el equipo quiera o pueda asumir. Ambas cosas, tanto el nivel de autonomía como el nivel de responsabilidad que la Unidad está dispuesta a asumir, deben quedar perfectamente recogidas en el acuerdo de gestión que se firma entre la Unidad y la Dirección Gerencia del Centro y deben ser conocidas por todos los componentes de aquella.

Nivel de autonomía	La unidad se compromete a:
Gestión de primeras visitas de PAI VIH/SIDA y PAI SFDI	Atención a demanda en hospital de día en las primeras 24 h después de solicitar la consulta en la unidad (excepto sábado y domingos)



#### 4. Objetivos Comunes

##### ÁREA 1. Capítulo I.

**Objetivo número 1.** Cumplimiento del presupuesto asignado:

Se medirá el gasto total del Capítulo I, de forma que la unidad puede hacer trasvase de partidas presupuestarias entre artículos

Fórmula : Gasto en Cap.I de la unidad / Presupuesto asignado

Límite Superior/Límite Inferior: Cumple /No Cumple

Fuente: Hyd – Coanh

**Gasto total del Capítulo I para el año 2009: 1.077.429**

**Objetivo número 2.** Disminución del absentismo del personal de la unidad:

Fórmula : Días de absentismo \*100 / Días de trabajo potenciales

Límite Superior/Límite Inferior: **3,5%/4,5%**

Fuente: Gerhonte.

##### ÁREA 2. Capítulo II y IV.

**Objetivo número 3.** Cumplimiento del índice sintético de consumo de medicamentos: A + B + C/3

**Subindicador A) TARV en pacientes naive (nuevos):** Porcentaje de pacientes varones que inician TARV con efavirenz. Se pretende estimular el uso de efavirenz en vez de Lopinavir (es más caro). Por ello la Unidad de Gestión Clínica para el año 2009 se marca como objetivo que al menos el 70% de pacientes varones inician TARV con efavirenz.

La razón de este límite es que hay pacientes varones que muestra resistencia a efavirenz en el estudio de resistencias que se hace antes de iniciar TARV. Las mujeres en edad fértil que quieren tener descendencia (es lo habitual) no pueden ser tratadas con efavirenz por su teratogenicidad

Fórmula: Pacientes varones naive que inician TARV con efavirenz/ Total pacientes naive que inician TARV x 100.

Límite Superior/Límite Inferior: 70%/50%

Fuente de información: Microstrategy

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado obtenido

**Subindicador B) TARV en rescate. Reducción de rescates con T20:** Siendo el nº inicios con TARV de rescate: inicios de rescate con Etravirina + Darunavir + Maraviroc + Raltegravir + Tipranavir + T20.

Fórmula: Nº inicios de tratamiento de rescate con T-20 / Nº inicios con TARV de rescate x 100. Siendo el nº inicios con TARV de rescate: inicios de rescate con Etravirina+ Darunavir+ Maraviroc+ Raltegravir+ Tipranavir+ T20.

Fuente de información farmacia

Límite superior 0%. Límite inferior 10%

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado obtenido

**Subindicador C) TARV de rescate. Reducción de rescates con Tipranavir**

Fórmula: Nº inicios de tratamiento de rescate con Tipranavir/ Nº inicios con ARV de rescate x 100. Siendo el nº inicios con TARV de rescate: inicios de rescate con Etravirina+ Darunavir+ Maraviroc+ Raltegravir+ Tipranavir+ T20.

Fuente de información farmacia

Límite superior 0%. Límite inferior 10%

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado obtenido

ÍNDICE SINTÉTICO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS			
TARV con efavirenz en pacientes naive (nuevos)	Uso T20 en TARV de rescate.	Uso de Tripanavir en TARV de rescate.	Función de Valor
> = 70	< = 0	< = 0	10
< 70 - 67,78	> 0 - 1,11	> 0 - 1,11	9
< 67,78 - 65,56	> 1,11 - 2,22	> 1,11 - 2,22	8
< 65,56 - 63,33	> 2,22 - 3,33	> 2,22 - 3,33	7
< 63,33 - 61,11	> 3,33 - 4,44	> 3,33 - 4,44	6
< 61,11 - 58,89	> 4,44 - 5,56	> 4,44 - 5,56	5
< 58,89 - 56,67	> 5,56 - 6,67	> 5,56 - 6,67	4
< 56,67 - 54,44	> 6,67 - 7,78	> 6,67 - 7,78	3
< 54,44 - 52,22	> 7,78 - 8,89	> 7,78 - 8,89	2
< 52,22 - 50	> 8,89 - 10	> 8,89 - 10	1
< 50	> 10	> 10	0
			<b>Peso relativo</b>
			Resultado
			Resultado obtenido
			Resultado ponderado

### ÁREA 3. Accesibilidad

#### Objetivo número 6. Lista de Espera en Consultas: Demora en primeras consultas

Fórmula : Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.

Límite Superior/Límite Inferior: 20/60 días

Fuente: INFHOS

#### Objetivo número 7. Lista de Espera en Consultas: Gestión de citas de consultas sucesivas.

Fórmula: N° consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 100 /Total consultas sucesivas.

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

Fuente: Diraya.

### ÁREA 4. Uso Racional del Medicamento

#### Objetivo número 8: índice Sintético de Prescripción

##### a) Porcentaje de recetas prescritas por principio activo

Fórmula : N° de recetas con prescripción por PA x100/n° total de recetas prescritas

Límite Superior/Límite Inferior: 66% / 60%

Fuente: Farmacia

b) Porcentaje de envases prescritos de Novedades Terapéuticas No Recomendadas (NTNR)

Fórmula % de envases prescritos de novedades terapéuticas (NTNR) de las que no exista suficiente experiencia clínica o que no aporten ninguna ventaja sobre las alternativas existentes, respecto al total de envases de especialidades prescritos

Límite Superior/Límite Inferior: 2.5% / 3.5%

Fuente: Farmacia

El cálculo del Índice Sintético de Prescripción se realizará aplicando los tramos de valoración especificados para cada indicador en la tabla siguiente, siendo el resultado final el resultante de **(A+B)/ (p1+p2)**

ÍNDICE SINTÉTICO DE PRESCRIPCIÓN		
Porcentaje de recetas prescritas por Principio Activo	Porcentaje de envases prescritos de Novedades Terapéuticas No Recomendadas (NTNR)	Función de Valor
> = 66,00	< = 2,5	10
< 66,00 - 65,33	> 2,5 - 2,61	9
< 65,33 - 64,67	> 2,61 - 2,72	8
< 64,67 - 64,00	> 2,72 - 2,83	7
< 64,00 - 63,33	> 2,83 - 2,94	6
< 63,33 - 62,67	> 2,94 - 3,06	5
< 62,67 - 62,00	> 3,06 - 3,17	4
< 62,00 - 61,33	> 3,17 - 3,28	3
< 61,33 - 60,67	> 3,28 - 3,39	2
< 60,67 - 60,00	> 3,39 - 3,5	1
< 60,00	> 3,5	0
<b>p1= 1</b>	<b>p2= 1</b>	<b>Peso relativo</b>
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado

**Objetivo número 9.** Uso de interferon pegilado 2a (en vez del 2b) en nuevos tratamientos de coinfección VIH/VHC

Fórmula: Farmacia

(Limite superior 100% e inferior 80%).

Fuente: Farmacia

Metodología de evaluación: Explotación de Microstrategy e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado obtenido

**Objetivo número 10.** La prescripción de medicamentos de primera elección del grupo terapéutico "Inhibidores de la Bomba de Protones será igual o superior al 85%

Fórmula: número de DDDs de Omeprazol x 100/total de inhibidores de la bomba de protones

Límite Superior/Límite Inferior: 85%/80%

Fuente: Farmacia





## **ÁREA 5. Hospitalización**

**Objetivo número 11.:** Estancia media del GRD 541

**Fórmula:** Estancia media del GRD 541 (NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESP.EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR) igual o inferior a 13 días (Estancia óptima 11,23 días)

**Fuente:** CMBDH

**Metodología de Evaluación:** Explotación del registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite Inferior:**  $\leq 13$  días/  $\geq 14$  días

**Objetivo número 12.** Índice de utilización de estancias (Realización del estudio sobre la utilización de estancias y plan de actuación). La Unidad de Gestión Clínica llevará a cabo dos análisis de la adecuación de sus estancias haciendo uso de la herramienta validada AEP. El primer corte se realizará dentro del primer cuatrimestre del año, elaborando un informe de un plan de actuación que incluya las medidas correctoras que disminuyan el porcentaje de estancias inadecuadas e ingresos inadecuados si también los hubiera. El segundo corte se efectuará en el último cuatrimestre del año. Tras éste, la Unidad realizará un informe que incluya el análisis comparativo de los dos cortes. Ambos informes junto al plan de actuación y evaluación de las estancias, serán remitidos a la Dirección Gerencia una vez realizados.

Requisito para la evaluación de este objetivo: Realizar al menos dos evaluaciones mediante el AEP, más un plan de actuación tras cada uno de ellos, más un Informe final y envío de Informes a Dirección Gerencia.

Fórmula: Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz

Límite Superior: 0,90/1.

Fuente: CMBDH/ Unidad de Gestión Clínica.

Índice de Utilización de Estancias año 2008: 0.91

## **ÁREA 6.- Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención**

**Objetivo número 13** Índice sintético de cumplimiento de objetivos de Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención.

**A) Plan de Participación Ciudadana** de la Unidad de Gestión Clínica con asociaciones de salud, grupos del entorno. La Unidad de Gestión Clínica, en colaboración con el Servicio de Participación Ciudadana del Hospital, mantendrá al menos 2 reuniones anuales para detectar problemas y plantear mejoras de los mismos con CONVIHDA, Asociación Ciudadana para la Solidaridad y Prevención del sida. La primera reunión se llevará a cabo dentro del primer **semestre** del año y la segunda en el último cuatrimestre del año. Se realizarán dos informes, el primero con la detección de los problemas y las mejoras que se van a llevar a cabo para dar solución a dichos problemas. El segundo informe se realizará tras la segunda reunión con la asociación/grupo del entorno para comprobar que las medidas puestas en marcha han servido para corregir los problemas.

Fórmula : Realización de dos reuniones con la asociación y emisión de dos informes dentro del cuatrimestre correspondiente.

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Fuente: Servicio de Participación Ciudadana del Hospital

**B) Disminución de la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados:** Trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad y demoras. Así mismo, la Unidad realizará un análisis de sus reclamaciones por motivos y llevará a cabo un plan de medidas para disminuirlas.

Fórmula:  $N^{\circ}$  de reclamaciones por los motivos seleccionados X 1000 / Total de pacientes atendidos. Elaboración de informe con propuestas de mejora

Límite Superior/Límite Inferior: 0/1 %

Fuente: Servicio de Atención al Ciudadano/Informe de la Unidad de Gestión Clínica.

El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

ÍNDICE SINTÉTICO DE OBJETIVOS DE ORIENTACIÓN AL CIUDADANO		
Plan de Participación Ciudadana	Reclamaciones	Función de Valor
CUMPLE	0 X 1000	10
NO CUMPLE	1 X 1.000	0
p1= 1	p2= 1	Peso relativo
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado

El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula:  $(A+B)/(p1+p2)$ , en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador

### 5. Objetivos Específicos. Peso: 40%

#### Objetivo 14. Evaluación infectológica en candidatos a trasplante hepático.

Fórmula: Evaluaciones infectológicas realizadas/ total de pacientes evaluados por hepatología x 100.

Fuente: Registros de la Unidad y de hepatología.

Límite superior 95% / límite inferior 85%.

**Objetivo 15.** Desarrollo y evaluación de un Programa de Seguridad Clínica. Objetivo compartido con el Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Fórmula: No aplica

Límite Superior/límite Inferior: Si/No

Fuente de información: UGC y Servicio de Calidad y Documentación Clínica

- Metodología de Evaluación: Existencia del Plan de Seguridad y evaluación del mismo e informe del Director de la Unidad de EEII y del Jefe de Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado

#### Objetivo 16. Índice sintético de personalización de cuidados.

Cumplimiento del índice sintético de personalización de cuidados enfermeros  $A+B+C/3$

ÍNDICE SINTÉTICO DE PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS			
Plan Personalización Cuidados	Revisión plan de cuidados VIH	Consolidación	Función de Valor
CUMPLE	CUMPLE	$\geq 85\%$	10
		83-84,9 %	9
		82-82,9%	8
		81-81,9%	7
		80-80,9%	6
		79-79,9%	5
		78-78,9%	4
		77-77,9%	3
		76-76,9%	2
		75-75,9%	1
NO CUMPLE	NO CUMPLE	$< 75\%$	0
P1= 1	P2= 1	P3= 1	Peso relativo
			Resultado
A	B	C	R. obtenido
			R. ponderado



**Subindicador A)** Plan Funcional de Personalización de Cuidados a lo largo del año 2009 incluyendo estrategias o medidas para conseguir ese incremento y/o consolidación en la Personalización de los Cuidados

Fórmula: Presentación Plan Funcional

Limite superior: SI / Limite inferior: NO

Fuente: Auditoria Externa.

Responsable: Supervisor/a y Dirección de Enfermería.

**Subindicador B)** Revisión y actualización del Plan de Cuidados VIH

Presentación del PC

Limite superior: SI / Limite inferior: NO

Fuente: Auditoria Externa.

Responsable: Supervisor/a y Dirección de Enfermería.

**Subindicador C)** Consolidar la personalización de los Cuidados

Fórmula: Presentación Diferencia entre el resultado de VI (consulta enf. Referente)  
2009/2008

Limite superior: 85% / Limite inferior: 75%

Fuente: Programa AZAHAR (Consulta Enf. Referente)

Responsable: Supervisor/a y Dirección de Enfermería.

**Objetivo 17. Valoración no invasora de fibrosis mediante fibroscan antes de iniciar tto VHC en coinfectados para evitar ingresos para biopsia hepática.**

Fórmula: Total de pacientes que inician tratamiento VHC que tienen realizado fibroscan/ total pacientes que inician tratamiento x 100

Fuentes: registros de fibroscan de la UGC y registro de pacientes nuevos tratados de farmacia.

Limite superior 90%, limite inferior 80%.

**Objetivo 18. Proceso de Acreditación ACSA para nivel II/III:** se completa la documentación de todos los estándares, se realiza la auditoria externa y se pone en marcha un plan dirigido a resolver los problemas detectados para alcanzar como mínimo el nivel II.

Fórmula. Cumple/No cumple

Fuente: Servicio de Calidad

Metodología de evaluación: Informe del Servicio

6. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2009

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
Área 1 Capítulo I	1	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en Cap.I del Servicio / Presupuesto asignado <= 1	Nóminas	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	3	CUMPLE	NO CUMPLE	
	2	Absentismo	Días de absentismo *100/Días de trabajo potenciales	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido	3	3,5%	4,5%	
Área 2. Capítulo II y IV	3	Índice sintético de tres objetivos de TARV propuestos	Pacientes varones naive que inician TARV con efavirenz/ Total pacientes naive que inician TARV x 100.  Nº inicios de tratamiento de rescate con T-20 / Nº inicios con TARV de rescate x 100.  Nº inicios de tratamiento de rescate con Tipranavir/ Nº inicios con ARV de rescate x 100.	Registro UGC Infecciosas Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Director UGC de Farmacia.	6	10	0	
Área 3. Accesibilidad	6	Demora en primeras consultas	Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.	INFHOS	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	10	20	60	
	7	Gestión de citas de consultas sucesivas	Nº consultas sucesivas dadas por el servicio/total consultas sucesivas x 100	Diraya	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	6	95	80	
Área 4. Uso Racional del Medicamento	8	INDICE SINTÉTICO DE PRESCRIPCIÓN: %Principio Activo + %NTNR	INDICE SINTÉTICO DE PRESCRIPCIÓN	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	4	10	0	
	9	Uso de interferon pegilado 2a en nuevos tratamientos de coinfección VIH/VHC	Pacientes nuevos tratados con interferon pegilado 2a/total de pacientes tratados x 100	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	4	100%	80%	
	10	Prescripción DDDs de Omeprazol respecto al total de inhibidores de la Bomba de protones	Nº de DDDs de Omeprazol x 100/ total de inhibidores de la bomba de protones	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	4	85%	80%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
Área 5. Hospitalización	11	Estancia Media para el GRD 541	Estancia media inferior a 13 días	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	8	13	14	
	12	Índice de utilización de estancias	Fórmula Índice de utilización de estancias	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido Informes de realización de AEP con plan de actuación (Completar)	8	0,90	1	
Área 6. Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	13	Índice sintético de cumplimiento de orientación al ciudadano	Ver tabla	Servicio de Atención al Ciudadano y Servicio de Participación Ciudadana	Informe de las reuniones con propuestas de mejora y Explotación del registro e informe del responsable de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido. Análisis de las reclamaciones por motivo con plan de mejora	4	10	0	
ESPECIFICOS	14	Evaluación infectologica a candidatos trasplante hepático	Evaluaciones infectologicas/Total de candidatos evaluados x 100	Informes de evaluación infectologica. Total de pacientes evaluados por hepatología	Informe de Director UGC y de Jefe de sección de hepatología	8	85%	100%	Hepatología
	15	Desarrollo de un programa de seguridad clínica	No aplica	UGC Servicio de calidad y documentación clínica	Existencia del plan e informe del Director de la UGCEII y del Jefe de Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	8	Si	No	Servicio de Calidad y Documentación Clínica
	16	Índice sintético de personalización de los cuidados	Índice sintético	Azahar	Informe dirección enfermería	8	10	0	
	17	Valoración no invasora de la Hepatitis C	Pacientes que inician tratamiento VHC con fibroscan realizado/total pacientes que inician tratamiento x 100	Registro fibroscan Registro de pacientes tratados en farmacia	Informe de la Unidad y de Farmacia	8	90%	80%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	18	Proceso Acreditación ACSA	No aplica	Servicio de Calidad y Documentación Clínica	Se Acredita. Informe del Servicio de Calidad y Documentación clínica con el resultado obtenido	8	Si	no	

**7. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2009 CON SU FUNCIÓN DE VALOR**

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	Función de Valor
Cumplimiento del presupuesto asignado CAP I	Absentismo	Índice sintético de consumo de medicamentos	Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	
CUMPLE	<3,5	10	<= 20 días	>=95%	<b>10</b>
	3,60	9	21-25	93-94	<b>9</b>
	3,70	8	26-30	91-92	<b>8</b>
	3,80	7	31-33	89-90	<b>7</b>
	3,90	6	34-36	87-88	<b>6</b>
	4,00	5	37-39	85-86	<b>5</b>
	4,10	4	40-45	83-84	<b>4</b>
	4,20	3	46-50	82	<b>3</b>
	4,30	2	51-55	81	<b>2</b>
	4,40	1	55-60	80	<b>1</b>
NO CUMPLE	>=4,5	0	>60 días	<80	<b>0</b>
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>Peso relativo</b>
					<b>Resultado</b>
					<b>Resultado obtenido</b>
					<b>Resultado ponderado</b>

OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	OBJETIVO Nº 13	Función de Valor
INDICE SINTÉTICO DE PRESCRIPCIÓN: %Principio Activo + %NTNR	Prescripción interferon pegilado 2a	Prescripción DDDs de omeprazol respecto al total de inhibidores de la bomba de protones	Estancia Media para el GRD 541	Índice de utilización de estancias	Índice sintético de objetivos de orientación al ciudadano	
10	100%	>= 85	<= 13	<= 0,9	10	10
9	98-99%	< 85 - 84,44	> 13 - 13,11	> 0,9 - 0,91	9	9
8	96-98%	< 84,44 - 83,89	> 13,11 - 13,22	> 0,91 - 0,92	8	8
7	94-96%	< 83,89 - 83,33	> 13,22 - 13,33	> 0,92 - 0,93	7	7
6	90-94%	< 83,33 - 82,78	> 13,33 - 13,44	> 0,93 - 0,94	6	6
5	87-90%	< 82,78 - 82,22	> 13,44 - 13,56	> 0,94 - 0,96	5	5
4	83-86%	< 82,22 - 81,67	> 13,56 - 13,67	> 0,96 - 0,97	4	4
3	82%	< 81,67 - 81,11	> 13,67 - 13,78	> 0,97 - 0,98	3	3
2	81%	< 81,11 - 80,56	> 13,78 - 13,89	> 0,98 - 0,99	2	2
1	80%	< 80,56 - 80	> 13,89 - 14	> 0,99 - 1	1	1
0	<80%	< 80	> 14	> 1	0	0
4	4	4	8	8	4	Peso relativo
						Resultado
						Resultado obtenido
						Resultado ponderado





OBJETIVO Nº 14	OBJETIVO Nº 15	OBJETIVO Nº 16/	OBJETIVO Nº. 17	OBJETIVO Nº. 18	Función de Valor
Evaluación infectológica a candidatos trasplante hepático	Programa de Seguridad Clínica	Índice sintético de personalización de los cuidados	Valoración no invasora de la hepatitis C	Proceso de Acreditación ACSA	
> = 95	Cumple	10	>=90%	Si	10
< 95 - 93,89		9	88-89%		9
< 93,89 - 92,78		8	87%		8
< 92,78 - 91,67		7	86%		7
< 91,67 - 90,56		6	85%		6
< 90,56 - 89,44		5	84%		5
< 89,44 - 88,33		4	83%		4
< 88,33 - 87,22		3	82%		3
< 87,22 - 86,11		2	81%		2
< 86,11 - 85		1	80%		1
< 85	No cumple	0	<80%	no	0
8	8	8	8	8	Peso relativo
					Resultado
					Resultado obtenido
					Resultado ponderado



**ANEXOS AL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA  
2009**



**AREA:** Hospitalización, Interconsultas, Programa de trasplante

<b>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
Problema o aspecto a mejorar: Valoración del riesgo infectológico en candidatos a trasplante incluyendo valoración de infección latente tuberculosa para excluir pacientes con contraindicaciones absolutas o diseñar protocolos de manejo infectológico individualizado
Datos e indicadores en los que se sustenta: Durante el año 2008 se ha estandarizado la evaluación del trasplante pulmonar. Actualmente se evalúa de forma completa menos del 40% de candidatos a trasplante hepático adulto y <10% del infantil.
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.</b>
Enunciado de la intervención: <b>Evaluación infectológica sistemática mediante informe estandarizado que estará disponible en el gestor de informes</b>
Razonamiento que justifica la intervención: Diseñar estrategias profilácticas individualizadas que permitan disminuir la infección nosocomial.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Actualización del protocolo. Estudio sistemático de candidatos. Elaboración de informe que incluye recomendaciones de manejo. Inclusión de alertas en lista de espera. Responsable: Julián de la Torre Cisneros
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Realización de informe en > 95% de los candidatos evaluados por hepatología.
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Descenso de la infección nosocomial
Evaluación (indicadores): Candidatos con informe de valoración emitido/Total de candidatos estudiados por hepatología x 100
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Ninguna



**AREA: ENFERMERIA**

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
<p>Problema o aspecto a mejorar: PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta: No ser aporta datos al ser un índice sintético que incluye objetivos que no han sido medidos previamente en la UGC.</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
<p>Enunciado de la intervención: La UGC consolidará la personalización de los cuidados para garantizar que la enfermera junto con el paciente planifique sus cuidados durante la estancia hospitalaria y al alta del centro</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención:</p> <p>Garantizar la consolidación de los resultados en materia de personalización de cuidados</p>
<p>Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):</p> <p>Garantizar asignación enfermera referente y evitar la variabilidad clínica.</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración del Plan Funcional de Personalización de Cuidados incluyendo estrategias o medidas para conseguir un incremento y/o consolidación en la Personalización de los Cuidados</li> <li>- Revisión y actualización del Plan de Cuidados VIH (el más relevante en la UGC)</li> <li>- Consolidar la personalización de los Cuidados en más del 85% de los pacientes.</li> </ul>
<p>Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Este objetivo pretende incrementar la calidad de los cuidados lo cual puede repercutir en un descenso de la estancia media y de reingresos.</p>
<p>Evaluación (indicadores):</p> <p><b>Subindicador A)</b> Presentación Plan Funcional</p> <p><b>Subindicador B)</b> Revisión y actualización del Plan de Cuidados VIH</p> <p><b>Subindicador C)</b> Presentación Diferencia entre el resultado de VI (consulta enf. referente) 2009/2008.</p> <p>Limite superior: 85% / Limite inferior: 75%</p>
<p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Ninguna</p>



**AREA: CONSULTAS**

<b>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
Problema o aspecto a mejorar: Evitar biopsias hepáticas, su morbilidad y consumo de estancias.
Datos e indicadores en los que se sustenta: La valoración no invasora de la fibrosis hepática mediante elastometría transitoria evita biopsias hepáticas. En el año 2008 de ha donado al centro un fibroscan y se ha puesto en marcha la técnica.
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.</b>
Enunciado de la intervención: <b>Los pacientes que comienzan tratamiento de VHC deben ser valorados con fibroscan evitando la biopsia hepática.</b>
Razonamiento que justifica la intervención: Tener una valoración basal, permite monitorizar la evolución con tratamiento. Se evita una prueba invasora no exenta de morbilidad.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Implantación asistencial de la técnica que se ofertara en vez de biopsia a todos los pacientes con VHC
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Realización de fibroscan a >80% de los pacientes valorados para tratamiento de VHC.
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Evita la biopsia. La exploración no tiene coste porque el fibroscan ha sido donado.
Evaluación (indicadores): Pacientes que inician tratamiento VHC con fibroscan/total de pacientes que inician tratamiento
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Fibroscan que ya esta disponible y personal adiestrado que se hizo en el 2008.



## Anexo II. Relaciones con otros servicios o unidades del hospital, centros de atención primaria otros Hospitales Públicos o de las empresas públicas imprescindibles para conseguir los objetivos.

- Farmacia: monitorización de objetivos referidos a consumo de medicamentos y uso racional de fármacos.
- Pediatría: Infectólogo pediátrico (Dr. José Rumbao) incluido en la UGC. Extensión de programas asistenciales coordinados funcionalmente entre área de adultos y pediátrica.
- Inmunología: El tiempo que tardan las pruebas diagnósticas tiene impacto en la estancia media.
- Microbiología: El tiempo que tardan las pruebas diagnósticas tiene impacto en la estancia media.
- Trabajadora social: incluida a tiempo parcial en la UGC. Imprescindible para disminuir la estancia media al buscar recursos sociales que permitan el alta.

### Servicio de Hepatología:

#### Objetivo 14. Evaluación infectológica en candidatos a trasplante hepático.

Fórmula: Evaluaciones infectológicas realizadas/ total de pacientes evaluados por hepatología x 100.

Fuente: Registros de la Unidad y de hepatología.

Límite superior 95% / límite inferior 85%.

### Servicio de Calidad y Documentación Clínica

Desarrollo y evaluación de un Programa de Seguridad Clínica. Objetivo compartido con el Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Fórmula: No aplica

Límite Superior/límite Inferior: Si/No

Fuente de información: UGC y Servicio de Calidad y Documentación Clínica

- Metodología de Evaluación: Existencia del Plan de Seguridad y evaluación del mismo e informe del Director de la Unidad de EEII y del Jefe de Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado