



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
2010**

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba



Córdoba, 22 de Diciembre 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 2010

D. Julián de la Torre Cisneros

D. José Manuel Aranda Lara

Director de la Unidad

Director Gerente del Hospital

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 2010. 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 para	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. La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como Objetivo para el año 2010 cumplir con el presupuesto asignado. **Gasto total del Capítulo I para el año 2010: 1.104.218,96€** (El gasto en capítulo I se irá revisando a lo largo del año 2010)

Indicador: Capítulo I

Fórmula: Gasto 2010 en Capítulo I de la Unidad <= Presupuesto asignado para 2010

Fuente: Hyd – Coanh

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido

Peso: 2

Límite Superior/Límite Inferior: Cumple/ No cumple

Objetivo número 2. La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como Objetivo para el año 2010 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3,5% en el año 2010.

Indicador: Absentismo

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

Fuente: Gerhonte.

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido

Peso: 2

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

ÁREA 2. Capítulo II y IV.

Objetivo número 3. La Unidad de Gestión Clínica de enfermedades infecciosas se marca como Objetivo para el año 2010 cumplir con el presupuesto asignado en Consumo interno de farmacia.

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Objetivo 2.010
CONSUMO INTERNO DE FARMACIA	8.019.735

Indicador: Desviación en Capítulo II y IV

Fórmula: (Gasto 2010 en Capítulo II y IV – Presupuesto asignado 2010) / presupuesto asignado x 100

Fuente: Coahn-HyD

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido

Peso: 6

Límite Superior/Inferior: 0% sobre objetivo 2010 / 2% sobre objetivo 2010

ÁREA 3. Accesibilidad

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 20 días

Indicador: Demora en primeras consultas



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

Fuente: INFHOS

Metodología de Evaluación: Explotación de INFHOS e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 10

Límite Superior/Límite Inferior: 20/60 días

Objetivo número 5. La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010, gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 95% de las mismas sean dadas por la propia Unidad de Gestión

Indicador: Lista de Espera en Consultas: Gestión de citas de consultas sucesivas.

Fórmula: Nº consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 100 /Total consultas sucesivas.

Fuente: Diraya.

Metodología de Evaluación: Explotación de Diraya e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 5

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

Objetivo número 6. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2010, llevar a cabo consulta telemática en revisiones de pacientes

Fórmula: Nº de pacientes en consulta telemática

Fuente: UGC Enfermedades Infecciosas

Metodología de Evaluación: Explotación del registro de la Unidad e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido

Peso: 10

Límite Superior/Límite Inferior: 45 pacientes/20 pacientes

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.

Problema o aspecto a mejorar:

Pérdidas de jornadas laborales a pacientes estables (VIH, coinfección VIH/VHC).

Datos e indicadores en los que se sustenta: Registros internos

INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO

Enunciado de la intervención:

Establecimiento de una consulta telemática piloto.

Razonamiento que justifica la intervención:

Los cocientes estables pierden 2 jornadas laborales en cada revisión (extracción de analítica y visita medica). No se puede hacer en acto único porque precisan determinaciones analíticas que tardan varios días.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Responsable: Dr. Antonio Rivero.

1. Desarrollo del procedimiento telemático.
2. Selección de 25 pacientes.
3. Implantación de la consulta.
4. Registro de la misma.

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Antes de terminar el año se habrá ofertado el procedimiento a 45 pacientes.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
Indicador: nº pacientes en consulta telemática a final 2010.

LS: 25



LI 10
Fuente: registro interno.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: Informática
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): No influencia
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Dotación informática.

ÁREA 4. Uso Racional del Medicamento

Objetivo número 7. La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 que el porcentaje de prescripción por principio activo de la Unidad sea igual o superior al 66% **Peso:** 3

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

Fuente: Farma

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado Obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 66% / 60%

Objetivo número 8. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2010 el uso de interferon pegilado 2a (en vez del 2b) en nuevos tratamientos de coinfección VIH/VHC **Peso:** 1

Fórmula: Farmacia

Fuente: Farmacia

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

Limite superior 100% e inferior 80%

Objetivo número 9. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2010 que la prescripción de inhibidores de la Bomba de protones sea igual o superior al 90%

Fórmula: Farmacia

Fuente: Farmacia

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

Limite superior 90% e inferior 72%

Peso: 1

Objetivo número 10. La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como Objetivo para el año 2010 cumplir el índice sintético de consumo de medicamentos: A + B + C/3. **Peso:** 3

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
A	B	C	Peso relativo
			Resultado

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 mas 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

ÁREA 5. Hospitalización

Objetivo número 11. Estancias evitables. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2010, mantener las estancias evitables respecto al año 2009

Fórmula: No aplica



Estancias evitables 2010 x 100/estancias evitables 2009

Fuente: CMBD

Metodología de evaluación: Análisis del CMBD e informe emitido por la unidad de calidad y documentación clínica

Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior: 100%/110%

Peso: 4

Objetivo número 12. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2010, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90. Así mismo la unidad 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 semestre 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.

Índice de Utilización de Estancias año 2009: 0.99

Indicador: Índice de Utilización de Estancias.

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

Fuente: CMBDH/ Servicio de Calidad y Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica

Metodología de Evaluación: Para el índice de utilización de estancias. CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Para las evaluaciones mediante AEP: Presentación de las dos evaluaciones: Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido. Para el informe final y el envío de informes a la Dirección Gerencia: Copia de los envíos a la Dirección Gerencia. Existencia del Informe final e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

Peso: 6 puntos

Límite Superior/Límite Inferior: 0,90/1. Presentación de al menos dos evaluaciones mediante AEP

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

Objetivo número 13 La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 cumplir con el Índice sintético de Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención. El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B)/2$, en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador.

Peso: 2

Subindicador A) Plan de Participación Ciudadana de la Unidad de Gestión Clínica con la CRUZ ROJA ESPAÑOLA con la que mantendrá al menos 2 reuniones anuales para detectar problemas y plantear mejoras de los mismos. 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 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 período del año correspondiente.



Fuente: Servicio de Participación Ciudadana del Hospital/ Dirección de la Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS/ Responsable de la Asociación “CRUZ ROJA ESPAÑOLA”

Metodología de Evaluación: Presentación de los dos informes de las reuniones e Informe del Servicio de Atención Ciudadana del Hospital, del Responsable de la Asociación “CRUZ ROJA ESPAÑOLA” y del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Subindicador 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 realzará un análisis de sus reclamaciones por motivos y llevará a cabo un plan de medidas para disminuirlas. El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

Fórmula: Nº de reclamaciones por los motivos seleccionados X 1000 / Total de pacientes atendidos. Elaboración de informe con propuestas de mejora

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

Metodología de Evaluación: Para la tasa de reclamaciones, explotación del registro de reclamaciones e informe del Responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido. Para el análisis de reclamaciones por motivos y el plan de medidas para disminuirlas, presentación del documento e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 0 / 1 por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

ÍNDICE SINTÉTICO DE OBJETIVOS DE ORIENTACIÓN AL CIUDADANO, SATISFACCIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN		
Plan de Participación Ciudadana	Nº Reclamaciones x 1.000 pac. (Motivos seleccionados)	Función de Valor
CUMPLE	0	10
	> 0 - 0,11	9
	> 0,11 - 0,22	8
	> 0,22 - 0,33	7
	> 0,33 - 0,44	6
	> 0,44 - 0,56	5
	> 0,56 - 0,67	4
	> 0,67 - 0,78	3
	> 0,78 - 0,89	2
	> 0,89 - 1	1
NO CUMPLE	> 1	0
P1= 1	p2= 1	Peso relativo
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado



ÁREA 7.- Fomentar la investigación entre los profesionales

La unidad de gestión clínica desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

1.- INFECCIÓN VIH
2.- COINFECCION VIH/VHC
3.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL TRASPLANTE
4.- INFECCION NOSOCOMIAL

Objetivo número 14 La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2010 mejorar el impacto de las publicaciones de sus profesionales.

Indicador: Índice de Impacto acumulado en el año 2010.

Fórmula: Índice de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya 2 miembros del servicio

*En trabajos realizados en RETICS, se permitirá un autor

Fuente: UGC Enfermedades Infecciosas

Metodología de Evaluación: Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior

Peso: 2,5

Límite Superior/Límite Inferior: 20 / 10

El Factor de Impacto acumulado es la suma del Factor de Impacto de cada uno de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior. Esta información está disponible en la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC.

Objetivo número 15 La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 liderar al menos 3 proyectos de investigación.

Indicador: Número de proyectos activos tanto del Plan Nacional como de convocatorias autonómicas en los que el IP es miembro del Servicio

Fórmula: Número de proyectos activos tanto del Plan Nacional como de convocatorias autonómicas en los que el IP es miembro del Servicio

Fuente: Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Presentación de los proyectos e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido. Informe de la Unidad de Gestión de Proyectos de FIBICO.

Peso: 2,5

Límite Superior/Límite Inferior: 3 / 0 Proyectos de investigación.

5. Objetivos Específicos. Peso: 40%

Apelando a la autonomía y asunción de responsabilidades de la Unidad de Gestión Clínica, los objetivos específicos que forman parte del presente acuerdo deben ser propuestos por ella misma. La Unidad de Gestión Clínica conoce mejor que nadie cuáles son sus problemas y las soluciones a los mismos, por ello se plantea que sea ella quién elabore, partiendo de su situación actual y de su nivel de desarrollo, que intervenciones y que objetivos se propone alcanzar, tanto a nivel de procesos organizativos (flujos, agendas, coordinación, etc.....) como a nivel asistencial. Todo esto tendrá sentido si la finalidad de la Unidad se dirige a una población definida y cuando la organización de la unidad gire alrededor de las demandas de la población.

La UGC propondrá los objetivos específicos (al menos 4), basándose en un análisis de situación básico de la Unidad. Para cada uno de estos objetivos se deberá rellenar la ficha que aparece más adelante. Se hará una ficha por problema o aspecto mejorable. Por cada área estratégica puede haber 0, 1 ó más de 1 fichas, una para cada uno de los objetivos propuestos.

A modo de ejemplo, se relacionan una serie de áreas estratégicas sobre las que la Unidad puede reflexionar para configurar sus objetivos:

- ✓ Áreas Asistenciales (Área de Consultas, Área Quirúrgica, Área Diagnóstica, Área de Hospitalización)
- ✓ Área de Práctica Clínica y Resultados Clínicos
- ✓ Área de Procesos Asistenciales Integrados
- ✓ Área de Salud Pública
- ✓ Área de Calidad y Seguridad del Paciente
- ✓ Otras Áreas (Docencia, Investigación, Publicaciones, Acreditación en Calidad...)

Así mismo, la Unidad puede plantear objetivos en las Áreas descritas anteriormente en el apartado de Objetivos Guía/Objetivos Comunes, como:

- ✓ Capítulo I
- ✓ Capítulo II
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Uso racional del Medicamento
- ✓ Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

Por último reseñar que la Unidad deberá cumplimentar el Anexo I del presente modelo de Acuerdo. Se trata de identificar aquellos Servicios y/o Unidades de Gestión Clínicas del Hospital, Centros de atención primaria, otros Hospitales y/o Empresas Públicas con los que es imprescindible llegar a acuerdos para poder conseguir los objetivos. **Se especificará el objetivo para el que es necesario cooperar con otras unidades.** En estos casos los objetivos serán compartidos y se firmará el Anexo II entre las partes implicadas en el objetivo donde quedará reflejado el compromiso de cada una. Por ello, es probable que el acuerdo de Gestión Clínica, vea incrementado el número final de objetivos que lo componen en uno o varios, en función de los objetivos compartidos que otras Unidades/Servicios identifiquen en sus acuerdos y que serán asignados a la Unidad.



Objetivo específico número 1: La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 llevar a cabo una asistencia médica especializada a reclusos, evitando desplazamientos al Hospital.

Fórmula: No procede

Fuente: Informe Unidad de Gestión Clínica y Subdirección Médica de Prisión Provincial

Metodología de Evaluación: Informe

Peso: 7,5

Límite Superior/Límite Inferior: no procede

Objetivo específico número 2: La unidad de gestión clínica de enfermedades infecciosas se marca como objetivo para el año 2010 que el porcentaje de valoraciones de UPP en pacientes hospitalizados en la unidad sea igual o superior al 90%

Fórmula. Número de valoraciones de UPP realizadas en pacientes hospitalizados en la Unidad/total de pacientes ingresados en la Unidad x 100

Fuente de información: AZAHAR

Metodología de evaluación: Explotación del sistema de información e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido

Límite superior/límite inferior: 90%/80%

Objetivo específico número 3: La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 indicar TAR en toda embarazada infectada por el VIH atendida en la UGC

Fórmula: Nº de embarazadas infectadas por VIH a las que se recomienda TARV/total de embarazadas infectadas por VIH x 100

Fuente: Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Explotación del registro propio e Informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido

Peso: 7,5

Límite Superior/Límite Inferior: 100%/95%

Objetivo específico número 4: La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 implantar las medidas priorizadas en el plan de seguridad desarrollado en el año 2009

Fórmula: No aplica

Fuente: Servicio de Calidad y Documentación Clínica

Metodología de Evaluación: Medidas implantadas e Informe del Jefe de Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido

Peso: 7,5

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Objetivo específico número 5: La Unidad de Gestión Clínica de ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2010 La indicación de Linezolid o Daptomicina en pacientes con infecciones por SARM sensible a vancomicina

Fórmula: Pacientes con Bacteriemia por SARM con **CMI a vancomicina** $\leq 0,5 \mu\text{g/ml}$ tratados con



Vancomicina/ Pacientes con Bacteriemia por SARM **con CMI a vancomicina** $\leq 0,5 \mu\text{g/ml}$ tratados con Vancomicina + linezolid + daptomicina x 100 (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias).

Fuente: Farmacia

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

Peso: 5

Límite Superior/Límite Inferior: 100%/80%

Objetivo específico número 6: La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2010 utilizar los modelos de Consentimiento Informado actualizados según ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado (BOJA 152) que se encuentran disponibles en la página web del Hospital (Profesionales). Para ello se compromete a:

- utilizar el modelo actualizado en el 100% de Consentimientos Informados cumplimentados en el año 2010.

Indicador: Porcentaje de Consentimientos informados en formato actualizado/Consentimientos Informados cumplimentados en 2010.

Fuente: Historia Clínica

Metodología: Auditoría de Historias e Informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido.

En caso de que aún no estén disponibles los Consentimientos de la especialidad, se ajustará el periodo de evaluación del objetivo: la unidad dispondrá de un mes para adoptar los nuevos modelos a partir de la fecha en la que se habiliten en la web del hospital.

Peso: 5

Límites: Cumple/No cumple.



ÁREA: CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Objetivo específico número 1

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: Asistencia médica especializada a reclusos evitando desplazamientos al hospital.</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta: Informe del Subdirector médico de la prisión.</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
<p>Enunciado de la intervención: Establecimiento de una Asesoría Clínica a Médicos de Prisión.</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención: Evitar desplazamientos de reclusos.</p>
<p>Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesión clínica semana en la Unidad a la que asisten médicos de prisión. 2. Análisis y diseño de actuaciones entre el Responsable de los servicios médicos de prisión y el Director de la UGC 3. Valoración de los casos seleccionados en la enfermería de la prisión. <p>Responsables: Dr Julián de la Torre y Dr Antonio Rivero</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Consolidación de la asesoría</p>
<p>Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Indicador: establecimiento de un procedimiento estable en el tiempo. Fuente: Informe conjunto de Subdirector Médico de prisión y el Director de la UGC. LS y LI: no procede (cualitativo). Disminuir en un 30% los traslados desde la prisión al hospital Límite superior/Límite inferior: 30%/10% Fórmula: número de pacientes en tratamiento año 2009 que precisan valoración y/o revisión/total de desplazamientos en 2009=x. objetivo del año 2010 = -30%</p>
<p>En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: No procede</p>
<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): No procede</p>
<p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Ninguna.</p>



ÁREA: CUIDADOS DE ENFERMERIA

Objetivo específico número 2

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: Unificar criterios que eviten la variabilidad clínica en las úlceras por presión.</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta: Datos extraídos del programa Azahar</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
<p>Enunciado de la intervención: Prevenir y/o disminuir la presencia de UPP.</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención: Las complicaciones derivadas de la presencia de UPP en los pacientes suponen un deterioro físico del paciente, un coste elevado del material fungible específico para este tratamiento y un aumento de la estancia hospitalaria. Con las actuaciones a seguir conseguimos disminuir lo anteriormente descrito y la variabilidad en la práctica clínica.</p>
<p>Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Identificación de los pacientes de riesgo, con deterioro de movilidad en cama, a través de la realización de la valoración del riesgo de UPP. Utilización de medidas preventivas Conocimiento de la GPP para la prevención y tratamiento. Talleres de casos clínicos Responsable: Supervisora, Rosario Aceituno.</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Ver indicadores.</p>
<p>Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: La unidad de gestión clínica de enfermedades infecciosas se marca como objetivo para el año 2010 que el porcentaje de valoraciones de UPP en pacientes hospitalizados en la unidad sea igual o superior al 90% Fórmula. Número de valoraciones de UPP realizadas en pacientes hospitalizados en la Unidad/total de pacientes ingresados en la Unidad x 100 Fuente de información: AZAHAR Metodología de evaluación: Explotación del sistema de información e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido Límite superior/límite inferior: 90%/80%</p>
<p>En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos:</p>
<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): Reducir coste material fungible. Reducir estancias evitables.</p>
<p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Divulgación Guía UPP. Formación.</p>



ÁREA: PROCESOS ASISTENCIALES Y GESTIÓN CLÍNICA

Objetivo específico número 3

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.

Problema o aspecto a mejorar:
Manejo de la embarazada infectada por VIH
Indicación de tratamiento antirretroviral a toda embarazada infectada por el VIH para evitar la transmisión vertical de la infección.

Datos e indicadores en los que se sustenta:
Registros internos

INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO

Enunciado de la intervención:
Indicar TAR en toda embarazada infectada por el VIH atendida en la UGC de Enfermedades Infecciosas

Razonamiento que justifica la intervención:
El TAR disminuye hasta evitar la transmisión vertical del VIH

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):
Protocolización de las indicaciones de TAR en embarazadas y registro de las embarazadas seguidas en UGC de Enfermedades Infecciosas.
Responsable: Dr. Antonio Rivero

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010):
Al 100% de las embarazadas infectadas por el VIH se les recomienda TAR

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
Indicador: N° embarazadas infectadas por VIH a las que se recomienda TARV/total de embarazadas infectadas VIH x 100.
Fuente de información: registro interno
LS 100%; LI 95%

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos:
Ninguno

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):
Coste del TARV

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna



ÁREA: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo específico número 4

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.

Problema o aspecto a mejorar:
Resolver los problemas de seguridad identificados en el Plan de Seguridad Clínica desarrollado en el año 2009 (se incluyó en los objetivos 2009)

Datos e indicadores en los que se sustenta:
A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. NEJM 2009; 360 (5): 491.

INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO

Enunciado de la intervención:
Implantación del Programa de Seguridad Clínica.

Razonamiento que justifica la intervención:
Medidas destinadas a mejorar aspectos de la seguridad del paciente pueden tener un impacto positivo en la reducción de efectos adversos relacionados con la hospitalización

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Durante el año 2009 se ha realizado:

- Revisión bibliográfica sobre el tema
- Constitución del grupo de trabajo
- Coordinador del proyecto: Dra. García Lázaro
- Diseño del Programa de Seguridad del paciente:
 - Elaboración de un catálogo de efectos adversos observados durante la hospitalización de pacientes con patología infecciosa.
 - Ponderación de dichos efectos adversos mediante el AMFEC (Análisis de Modo de Fallo, Efectos y Criticidad) para obtener una priorización
 - Identificación de las acciones preventivas

Durante el año 2010 se deberá realizar:
Asignación de responsables de las distintas acciones preventivas

- Implementación en 2010 de las medidas preventivas de los efectos adversos con mayor índice de prioridad

Responsable: Dra. Milagros García Lázaro.

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010):

Implantación de las acciones priorizadas para el año 2010

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:

Indicador: Implantación de las medias preventivas priorizadas
Fuente: Informe del servicio de calidad
LS y LI: no procede.

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos:

Servicio de calidad

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):

Por determinar

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna



AREA: USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

Objetivo específico número 5

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.

Problema o aspecto a mejorar:
Indicación de Linezolid o Daptomicina en pacientes con infecciones por SARM sensible a vancomicina.

Datos e indicadores en los que se sustenta:
CMI de SARM proporcionados por microbiología
Datos de farmacia
Registro de bacteriemias

INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO

Enunciado de la intervención:
Evitar el uso de Daptomicina/Linezolid en la bacteriemia por SARM con CMI a vancomicina $\leq 0,5 \mu\text{g/ml}$.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):
Protocolización de las indicaciones de Daptomicina/linezolid
Responsable: Dra. Clara Natera

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010):
100%

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
Pacientes con Bacteriemia por SARM **con CMI a vancomicina $\leq 0,5 \mu\text{g/ml}$** tratados con Vancomicina/ Pacientes con Bacteriemia por SARM **con CMI a vancomicina $\leq 0,5 \mu\text{g/ml}$** tratados con Vancomicina + linezolid + daptomicina x 100 (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias).
Fuente: registro de la unidad y de farmacia
LS 100% LI 80%

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos:
Microbiología, Farmacia, Servicios implicados en el programa de bacteriemia.

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):
Control del gasto de linezolid y daptmicina

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2010

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	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	2	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	2	3,5	4,5	
Área 2. Capítulo II y IV	3	Desviación de consumo interno	(Gasto 2010 en Consumo interno de farmacia – Presupuesto asignado 2010) / presupuesto asignado x 100	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de la UGC de Farmacia con el resultado obtenido	6	0	2	
Área 3. Accesibilidad	4	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	
	5	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	5	95	80	
	6	Consulta telemática de revisiones de pacientes	Numero de pacientes atendidos en consulta telemática	UGC de Enfermedades Infecciosas	Explotación del registro de la Unidad e Informe del Director de la UGC de Enfermedades Infecciosas con el resultado obtenido	10	25 pacientes	10 pacientes	
Área 4. Uso Racional del Medicamento	7	Prescripción por principio activo	N1 de recetas con prescripción por principio activo/total de recetas x 100	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	3	66	60	
	8	Uso de interferon Pegilado 2a	Farmacia	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	1	100%	80%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	9	Inhibidores de la bomba de protones	% de DDD omeprazol/DDD IBP x 100	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	1	90%	72%	
	10	Índice sintético de consumo de medicamentos	Ver tabla	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de la UGC de Farmacia con el resultado obtenido	3	10	0	
Área 5. Hospitalización	11	Estancias evitables	No aplica	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	4	100%	110%	
	12	Índice de utilización de estancias	IUE: Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz	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	6	0,90	1	
Área 6. Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	13	Índice sintético de cumplimiento de orientación al ciudadano	Ver tabla Índice sintético: Participación ciudadana y reclamaciones	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	2	10	0	
Área 7. Fomentar la investigación entre los profesionales	14	Índice de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya 2 miembros del servicio	Índice de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya 2 miembros del servicio	UGC Enfermedades Infecciosas	Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior	2,5	20	10	



Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	15	Número de proyectos activos del Plan Nacional y autonómicos en los que el IP es miembro del Servicio	Número de proyectos activos tanto del Plan Nacional como de convocatorias autonómicas en los que el IP es miembro del Servicio	Unidad de Gestión Clínica	Presentación de los proyectos e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido. Informe de la Unidad de Gestión de Proyectos de FIBICO.	2,5	3	0	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1	Asistencia médica especializada a reclusos	No procede	UGC y Subdirección Médica de la Prisión Provincial	Informe de la Unidad de gestión clínica con el resultado obtenido y de la Subdirección Médica de la Prisión Provincial	7.5	Si	No	
	2	Valoraciones de UPP	Número de valoraciones de úlceras por presión realizadas en pacientes hospitalizados en la Unidad/total de pacientes hospitalizados en la unidad x 100	AZAHAR	Explotación del registro e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido	7.5	90%	80%	
	3	TAR en embarazadas con VIH	Nº de embarazadas infectadas por VIH a las que se recomienda TARV/total de embarazadas infectadas por VIH/100	UGC	Explotación del registro e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido	7.5	100%	95%	
	4	Medidas del Plan de Seguridad	No aplica	Servicio de Calidad y Documentación Clínica	Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	7.5	Si	no	
	5	Indicación de Linezolid o Daptomicina en pacientes con infecciones por SARM sensible a vancomicina	Farmacia	Farmacia	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	5	100%	80%	
	6	Consentimiento informado	No aplica	Historia Clínica	Auditoria de Historia clínica e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido	5	Si	No	

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2010

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	OBJETIVO Nº 13	OBJETIVO Nº 14	Función de Valor
Capítulo I	Absentismo	Capítulo II y IV	Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	Consulta telemática	Prescripción por principio activo	Uso de interferon pegilado 2a	Inhibidores de la bomba de protones	TARV	Estancias evitables	IUE	Índice sintético de satisfacción del ciudadano	Índice de Impacto acumulado	Proyectos activos	
CUMPLE	< = 3,5	< = 0	< = 20	> = 95	> = 45	> = 66	> = 100	> = 90	10	< = 100	< = 0,9	10	> = 20	3	10
	> 3,5 - 3,61	> 0 - 0,22	> 20 - 24	< 95 - 93,33	< 45 - 42,22	< 66 - 65,33	< 100 - 97,78	< 90 - 88	9	> 100 - 101,11	> 0,9 - 0,91	9	< 20 - 18,89		9
	> 3,61 - 3,72	> 0,22 - 0,44	> 24 - 29	< 93,33 - 91,67	< 42,22 - 39,44	< 65,33 - 64,67	< 97,78 - 95,56	< 88 - 86	8	> 101,11 - 102,22	> 0,91 - 0,92	8	< 18,89 - 17,78		8
	> 3,72 - 3,83	> 0,44 - 0,67	> 29 - 33	< 91,67 - 90	< 39,44 - 36,67	< 64,67 - 64	< 95,56 - 93,33	< 86 - 84	7	> 102,22 - 103,33	> 0,92 - 0,93	7	< 17,78 - 16,67	2	7
	> 3,83 - 3,94	> 0,67 - 0,89	> 33 - 38	< 90 - 88,33	< 36,67 - 33,89	< 64 - 63,33	< 93,33 - 91,11	< 84 - 82	6	> 103,33 - 104,44	> 0,93 - 0,94	6	< 16,67 - 15,56		6
	> 3,94 - 4,06	> 0,89 - 1,11	> 38 - 42	< 88,33 - 86,67	< 33,89 - 31,11	< 63,33 - 62,67	< 91,11 - 88,89	< 82 - 80	5	> 104,44 - 105,56	> 0,94 - 0,96	5	< 15,56 - 14,44		5
	> 4,06 - 4,17	> 1,11 - 1,33	> 42 - 47	< 86,67 - 85	< 31,11 - 28,33	< 62,67 - 62	< 88,89 - 86,67	< 80 - 78	4	> 105,56 - 106,67	> 0,96 - 0,97	4	< 14,44 - 13,33	1	4
	> 4,17 - 4,28	> 1,33 - 1,56	> 47 - 51	< 85 - 83,33	< 28,33 - 25,56	< 62 - 61,33	< 86,67 - 84,44	< 78 - 76	3	> 106,67 - 107,78	> 0,97 - 0,98	3	< 13,33 - 12,22		3
	> 4,28 - 4,39	> 1,56 - 1,78	> 51 - 56	< 83,33 - 81,67	< 25,56 - 22,78	< 61,33 - 60,67	< 84,44 - 82,22	< 76 - 74	2	> 107,78 - 108,89	> 0,98 - 0,99	2	< 12,22 - 11,11		2
	> 4,39 - 4,5	> 1,78 - 2	> 56 - 60	< 81,67 - 80	< 22,78 - 20	< 60,67 - 60	< 82,22 - 80	< 74 - 72	1	> 108,89 - 110	> 0,99 - 1	1	< 11,11 - 10		1
NO CUMPLE	> 4,5	> 2	> 60	< 80	< 20	< 60	< 80	< 72	0	> 110	> 1	0	< 10	0	0
2	2	6	10	5	10	3	1	1	3	4	6	2	2,5	2,5	Peso relativo
															Resultado
															Resultado obtenido
															Resultado ponderado

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS AÑO 2010 CON SU FUNCIÓN DE VALOR

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	Función de Valor
Asistencia a reclusos	Valoraciones de UPP	TAR en embarazadas	Medidas del Plan de Seguridad	Indicación de Linezolid o Daptomicina en pacientes con infecciones por SARM sensible a vancomicina	Consentimiento informado	
si	> = 90	> = 100	Si	> = 100	Si	10
	< 90 - 88,89	< 100 - 99,44		< 100 - 97,78		9
	< 88,89 - 87,78	< 99,44 - 98,89		< 97,78 - 95,56		8
	< 87,78 - 86,67	< 98,89 - 98,33		< 95,56 - 93,33		7
	< 86,67 - 85,56	< 98,33 - 97,78		< 93,33 - 91,11		6
	< 85,56 - 84,44	< 97,78 - 97,22		< 91,11 - 88,89		5
	< 84,44 - 83,33	< 97,22 - 96,67		< 88,89 - 86,67		4
	< 83,33 - 82,22	< 96,67 - 96,11		< 86,67 - 84,44		3
	< 82,22 - 81,11	< 96,11 - 95,56		< 84,44 - 82,22		2
	< 81,11 - 80	< 95,56 - 95		< 82,22 - 80		1
No	< 80	< 95	No	< 80	NO	0
7.5	7.5	7.5	7.5	5	5	Peso relativo
						Resultado
						Resultado obtenido
						Resultado ponderado

LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA EN EL AÑO 2010

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, Maria Trinidad	A. Administrativa	Titular		100 %	
Aceituno Pérez, Rosario	DUE supervis.	Titular		100%	
Segador Gómez, Aureliana	DUE	Titular		100 %	
Delgado Caceres, M ^a . Angeles	DUE	Titular		100 %	
Pérez Madrigal, Eva María	DUE	Eventual		100%	
Sanjurjo Diz, M ^a . Carmen	DUE	Titular		100 %	
García Galvez, M ^a . 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, Maria Valle	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Molina Cabezas, Antonio	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Gomez Hens, Josefa	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Romero Heras, M ^a . Josefa	Ax. Enfermería	Titular		100 %	
Serrano Viñas, M ^a . Teresa	Ax. Enfermería	Interina		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 ^a . Jose	Ax. Enfermería	Interina Ev. L.S.		100 %	
Serrano Cano, M ^a .	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 %	