



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
2011**

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Córdoba, 15 de Noviembre de 2010

REUNIDOS

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

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 Clínica para el año 2011

El Director de la Unidad de Gestión Clínica

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Julián de la Torre Cisneros

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO COMÚN	5
3. NIVEL DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD QUE ESTÁ DISPUESTA A ASUMIR LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.	5
ÁREA: Capítulo I.	6
ÁREA: Capítulo II y IV (Ver Objetivos críticos apartado nº 6)	6
ÁREA: Accesibilidad	6
ÁREA: Uso Racional del Medicamento (Ver Objetivos críticos apartado nº 6)	7
ÁREA: Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención	8
ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales	9
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.	9
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	11
Objetivos Específicos: Lista Resumen	12
FICHAS	13
6. OBJETIVOS CRÍTICOS	18
SSII FARMACIA Explotación de los SSII e Informe del Director de la UGC de Farmacia con el resultado obtenido	18
7. TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES Y ESPECÍFICOS	20
TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES: AÑO 2011	20
TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS: AÑO 2.011	22
8. FUNCIONES DE VALOR	23
FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2011	23
FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS AÑO 2011	24
FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS CRÍTICOS AÑO 2011	25
9. LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD	26
10. OBJETIVOS COMPARTIDOS CON OTRAS UNIDADES / SERVICIOS	31

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 2011. 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)

3. NIVEL DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD QUE ESTÁ DISPUESTA A ASUMIR LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.

(SOLO PARA UNIDADES 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.

Los objetivos comunes representan el 60% del peso total y se distribuyen en las siguientes Áreas:

ÁREA: Capítulo I.

Objetivo número 1. La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como Objetivo para el año 2011 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I:

PRESUPUESTO ASIGNADO EN CAPÍTULO I	
UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS	1.076.535

Indicador: Capítulo I

Fórmula: Gasto 2011 en Capítulo I de la UGC <= Presupuesto asignado en Cap.I para 2011

Fuente: Gerhonte

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

Peso: 3

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: Cumple/ No cumple

Observaciones: La cantidad asignada en Capítulo I será objeto de revisión a lo largo del año 2011 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

Objetivo número 2. La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como Objetivo para el año 2011 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3.5% en el año 2011.

Indicador: Porcentaje de 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: 3

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 3.5% / 4.5%.

ÁREA: Capítulo II y IV (Ver Objetivos críticos apartado nº 6)

ÁREA: Accesibilidad

Objetivo número 3. La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras 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 4. La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011, gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 95% de las mismas sean dadas por la propia UGC.

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

Fórmula: N° consultas sucesivas dadas por la UGC x 100 / Total consultas sucesivas.

Fuente: MTI-Diraya.

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

Peso: 10

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

Objetivo número 5: La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011, llevar a cabo consulta telemática en revisiones de pacientes

Fórmula: N° 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

ÁREA: Uso Racional del Medicamento (Ver Objetivos críticos apartado nº 6)

ÁREA: Hospitalización

Objetivo número 6: La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011, mantener las estancias evitables respecto al año 2010

Fórmula: No aplica

$Estancias\ evitables\ 2011\ x\ 100 / estancias\ evitables\ 2010$

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: 5

Objetivo número 7: La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011, 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 en el año 2010 (Primer semestre 0,90)**

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: 12 puntos

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

ÁREA: Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

Objetivo número 8: La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011 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 del objetivo: 2 puntos

Subindicador A) Grupos Focales: a lo largo del año la UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS realizará al menos un Grupo focal para conocer la opinión de sus usuarios con especial interés en las dimensiones de accesibilidad, trato e información.

Criterio de Cumplimiento: Realización de al menos un grupo focal, Informe de Resultados y abordaje de al menos 3 áreas de mejora (accesibilidad, trato e información).

Fuente: UGC y Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Metodología de Evaluación: Certificado de realización del Grupo Focal e Informe de resultados por parte del Servicio de Calidad. Informe de actuaciones emprendidas sobre al menos 3 áreas de mejora detectadas (accesibilidad, trato en información) con evaluación inicial de su impacto, por parte de la UGC.

Límite Superior/Límite Inferior: Cumple / No cumple

Peso del subindicador: 50% de los puntos globales del objetivo

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 realizará 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: N° 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 (Óptimo)/Límite Inferior: 0 /1 por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

Peso del subindicador: 50% de los puntos globales del objetivo

ÍNDICE SINTÉTICO DE OBJETIVOS DE ORIENTACIÓN AL CIUDADANO		
Grupos Focales	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= 50	p2= 50	100
		Peso relativo
		Resultado
		F. valor correspondiente
A	B	Resultado ponderado

ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales

La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS 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 9: La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011, mejorar el impacto de las publicaciones de sus profesionales.

Indicador: Índice de Impacto acumulado en el año 2011.

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.

Requisito para la evaluación: Para la evaluación de los objetivos de investigación será requisito indispensable que la Unidad elabore el Plan Estratégico de Investigación de la Unidad y realice la evaluación inicial de su puesta en marcha. Para ello seguirá las indicaciones de la "Guía de elaboración del Plan Estratégico de Investigación en las Unidades" que facilitará la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC antes de final de enero de 2011.

Objetivo número 10: La UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS se marca como objetivo para el año 2011 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.

Requisito para la evaluación: Para la evaluación de los objetivos de investigación será requisito indispensable que la Unidad elabore el Plan Estratégico de Investigación de la Unidad y realice la evaluación inicial de su puesta en marcha. Para ello seguirá las indicaciones de la "Guía de elaboración del Plan Estratégico de Investigación en las Unidades" que facilitará la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC antes de final de enero de 2011.

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



Objetivos Específicos: Lista Resumen

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: LISTA RESUMEN	
OBJETIVOS	PESOS
E01 Aumentar el porcentaje de pacientes que alcanzan ARN-VIH indetectable tras un tratamiento de inicio	8
E02 Aumentar el porcentaje de pacientes que alcanzan ARN-VHC indetectable tras un tratamiento de inicio	8
E03 Evitar el uso de equinocandinas en la candidemia de pacientes no críticos	8
E04 El estudio de la etiología del SFDI incluirá descartar la primoinfección por VIH	8
E05 Mejorar los conocimientos básicos en la adherencia al tratamiento	8
TOTAL PUNTOS	40



FICHAS

OBJETIVO ESPECIFICO 1 AREA: PROCESOS ASISTENCIALES Y GESTIÓN CLINICA

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:

Respuesta al tratamiento de pacientes infectados por el VIH que inician tratamiento antirretroviral (pacientes naive).

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Según datos de ensayos clínicos el porcentaje de pacientes infectados por el VIH que responden al primer tratamiento antirretroviral debe situarse en torno al 70%. En nuestra Unidad debemos alcanzar este objetivo.

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

Enunciado de la intervención:

Aumentar el porcentaje de pacientes que alcanzan ARN-VIH indetectable tras un tratamiento de inicio.

Razonamiento que justifica la intervención:

Incrementar el porcentaje de pacientes que responden al tratamiento antirretroviral mejora la supervivencia de pacientes infectados por el VIH y reduce el riesgo de transmisión de la infección.

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

Actividades: establecer un registro de pacientes infectados por el VIH que inician un tratamiento antirretroviral. Aplicar las guías GESIDA de tratamiento antirretroviral.

Procedimientos: Evaluación de RNA-VIH a los 6 meses de iniciado el tratamiento

Cronograma: Enero 2011 inicio del registro y evaluación de respuesta de los pacientes que cumplan 6 meses de tratamiento en el año 2011.

Responsables: Antonio Rivero

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Porcentaje de pacientes naive con descenso con ARN-VIH inferior a 200 cop/mL a los 6 meses: $\geq 70\%$.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: ARN-VIH (carga viral VIH) a los 6 meses de tratamiento.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento antirretroviral y hayan cumplido 6 meses de tratamiento en el año 2011 sin abandono del mismo, y con criterios de respuesta (ARN-VIH inferior a 200 cop/mL) /Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento antirretroviral y hayan cumplido 6 meses de tratamiento con adherencia. Análisis por datos observados.

Fuente de Información: Registro de pacientes naive del PAI VIH/SIDA, registros de carga viral de VIH de microbiología (disponible en la web). Explotación del registro e Informe de Resultados

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,...): Explotación del registro e Informe de Resultados

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70%/50%

Situación de partida (valor de referencia):50%

Peso del Objetivo: 8

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

Compartido con: Microbiología

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):

El objetivo supondrá un ahorro en tratamientos evitados de infecciones oportunistas, nuevas infecciones por VIH y tratamientos antirretrovirales de rescate que resultan más costosos que los de inicio.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna

OBJETIVO ESPECIFICO 2 AREA: PROCESOS ASITENCIALES Y GESTION CLINICA.

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:

Respuesta al tratamiento de pacientes infectados por el VIH que inician tratamiento de Virus de hepatitis C.

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Según datos de ensayos clínicos y estudios de cohortes el porcentaje de pacientes infectados por el VIH que tienen respuesta precoz al tratamiento del VHC es inferior al 50%. En nuestra Unidad debemos intentar superar esos datos.

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

Enunciado de la intervención:

Aumentar el porcentaje de pacientes que alcanzan ARN-VHC indetectable tras un tratamiento de inicio

Razonamiento que justifica la intervención:

Incrementar el porcentaje de pacientes que responden al tratamiento del VHC mejora la supervivencia de pacientes infectados por el VIH y reduce el riesgo de morbilidad.

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

Actividades: establecer un registro de pacientes infectados por el VIH que inician un tratamiento de VHC. Revisar el protocolo de tratamiento según las Guías de SAEI.

Procedimientos: Evaluación de RNA-VHC a los 3 meses de iniciado el tratamiento (respuesta viral precoz).

Cronograma: último trimestre 2010: revisión protocolo. Enero 2011 inicio del registro. Enero del 2012 evaluación de respuesta.

Responsables: Antonio Rivero

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Porcentaje de pacientes con descenso de mas 2 log de ARN-VIH a los 3 meses: 50%.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: reducción ARN-VHC

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento de VHC y hayan cumplido 3 meses de tratamiento (Descenso de mas 2 log de ARN-VHC a los 3 meses de iniciado el tratamiento)/Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento del VHC y hayan cumplido al menos 3 meses de tratamiento. Análisis por datos observados.

Fuente de Información: Registro de pacientes y registro de microbiología.

Metodología de evaluación Explotación del registro e Informe de Resultados

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 3 meses: 50%/35%

Situación de partida (valor de referencia):35%

Peso del Objetivo: 8

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

Compartido con: Microbiología

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):

El objetivo supondrá un ahorro en ingresos hospitalarios por descompensaciones de hepatopatía crónica y una reducción en candidatos a trasplante hepático.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna

OBJETIVO ESPECIFICO 3 AREA: USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

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:

Uso de candidinas cuando no están indicadas

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Registro de Farmacia y microbiología.

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 Eqinocandinas en la candidemia de pacientes no críticos.

Razonamiento que justifica la intervención:

Los pacientes no críticos con candidemia pueden ser tratados con Fluconazol siempre que no sea una candida resistente a azoles (Guías IDSA 2009)

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

Actividades: Revisión del protocolo de tratamiento de la candidemia.

Procedimientos: Registro del tratamiento en el programa de bacteriemia

Cronograma: Revisión de protocolo: Octubre 2010. Comienzo de la intervención: Noviembre 2010

Responsables: Clara Natera.

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.011 (Objetivos 2.011):

El 90% de las candidemias de pacientes no críticos (candida sensible a fluconazol en pacientes sin profilaxis con azoles, paciente no en UCI) incluidas en el programa de bacteriemia serán tratadas con fluconazol.

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

Indicador: Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemia).

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol/ pacientes con candidemia sensible tratados x100 (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemia).

Fuente de Información: registro de farmacia, registro de microbiología y del programa de bacteriemia.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,...): explotación de los registros.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 90%/75%

Situación de partida (valor de referencia): 40%

Peso del Objetivo: 8

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:

Compartido con: Microbiología.

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):

Diferencia de precio entre fluconazol genérico y caspofungina/anidulafungina

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna



OBJETIVO ESPECIFICO 4 AREA: PROCESOS ASISTENCIALES Y GESTION CLINICA

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:

No diagnosticar primoinfecciones por VIH.

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Análisis de la etiología del SFDI en diferentes unidades de Andalucía

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

Enunciado de la intervención:

El estudio de la etiología del SFDI incluirá descartar la primoinfección por VIH.

Razonamiento que justifica la intervención:

Las primoinfecciones VIH que se presentan como SFDI autolimitado no se detectan porque sólo se pide VIH cuando hay claros factores de riesgo.

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

Actividades: Revisión del protocolo de SFDI

Procedimientos: Inclusión de la Carga viral VIH en las exploraciones solicitadas a todos los pacientes.

Cronograma: Revisión del protocolo Octubre 2010. Comienzo de la intervención Noviembre/Diciembre 2010.

Responsables: Rafael Jurado

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2011 relacionado con esta actividad

A todos los pacientes incluidos en el PAI SFDI se les realizará una Carga viral de VIH.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: Pacientes con SFDI a los que se les realiza una carga viral del VIH.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): $\text{Casos de SFDI con determinación de carga viral VIH} / \text{total de casos estudiados} \times 100$.

Fuente de Información: registro de pacientes incluidos en PAI SFDI y registro de microbiología.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,...): explotación de los registros.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 100%/80%

Situación de partida (valor de referencia): 10%

Peso del Objetivo: 8

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

Compartido con: Microbiología

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 hay un impacto directo. El coste de la determinación sistemática de carga viral puede compensarse por el beneficio en término de salud que implica el diagnóstico precoz de las primoinfecciones.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna



OBJETIVO ESPECIFICO 5 AREA: CUIDADOS DE ENFERMERIA

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:

Necesidad de mejorar la información para que el paciente VIH o con TBC adquiera conocimientos y habilidades acerca de su enfermedad y del tratamiento (complejidad , duración...).

Datos e indicadores en los que se sustenta:

En la Valoración inicial que se realiza al ingreso del paciente, se suele detectar falta de conducta generadora de salud, falta de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas o falta de información con respecto al tratamiento.

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

Enunciado de la intervención:

Mejorar los conocimientos básicos en la adherencia al tratamiento.

Razonamiento que justifica la intervención:

Hay enfermos que debido al desconocimiento de la enfermedad o del tratamiento abandonan el seguimiento ambulatorio y el tratamiento específico. Con las actuaciones a seguir pretendemos que el paciente adquiera conocimientos sobre su enfermedad y la importancia de la adherencia al tratamiento para así mejorar los resultados de control de la enfermedad.

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

Actividades: Conseguir en que aumente desde el ingreso con intervalo 0 a intervalos 3-4

Procedimientos: Reuniones para consensuar el estándar

Cronograma:

Responsables: Rosario Aceituno (Supervisora de la UGC de Enfermedades Infecciosas).

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

En el 60% de los pacientes ingresados en la UGC de enfermedades infecciosas incrementaremos el indicador "busca información sobre la enfermedad y su tratamiento , en el diagnostico NANDA : " Mantenimiento inefectivo de la salud " entre el ingreso y el alta.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: Evolución del indicador "busca información sobre la enfermedad y su tratamiento, en el diagnostico NANDA : " Mantenimiento inefectivo de la salud " para alcanzar un intervalo superior al del ingreso del paciente.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): N° de pacientes en los que evoluciona su NOC antes citado en intervalos 3-4 / n° de pacientes con HIV y/o TBC x 100

Fuente de Información: Sistema de información Modulo de Cuidados.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoria de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..): explotación del módulo de cuidados

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 50%

Situación de partida (valor de referencia): no consta en el sistema la explotación de este indicador.

Peso del Objetivo: 8

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

Compartido con: Nadie

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):

Ninguna

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna

6. OBJETIVOS CRÍTICOS

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2.011

SSII FARMACIA

Explotación de los SSII e Informe del Director de la UGC de Farmacia con el resultado obtenido

OBJETIVOS CRÍTICOS INFECCIOSOS						
ÁREA	OBJETIVO		INDICADOR	PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA		CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	90	CUMPLE	NO CUMPLE
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	6	90	74
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	4	80	70
TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS				0		
(1). EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
(2). LA VALORACIÓN DEL OBJETIVO SE REALIZARÁ SI SE ALCANZA UN Nº DE RECETAS POR CONSULTA IGUAL AL Nº DE RECETAS POR CONSULTA ESTÁNDAR PARA LA ESPECIALIDAD						



7 TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES Y ESPECÍFICOS

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES: AÑO 2011

UGC	Año	Objetivo	Peso OBJETIVO	Comun/Espec	Perspectiva	Bloque	Indicador	CuantCual	Peso INDICADOR	Signo	Lim.Sup	Lim.Inf
DIGESTIVO	2011	C01 Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I	3	Común	Financiera	Capítulo I	Gasto en Cap.I de la UGC <= Presupuesto asignado	Cualitativo	100		CUMPLE	NO
DIGESTIVO	2011	C02 Control del Absentismo	3	Común	Financiera	Capítulo I	% Absentismo	Cuantitativo	100	Descendente	3,5	4,5
DIGESTIVO	2011	C03 GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA EN PRIMERAS CONSULTAS	10	Común	Del Cliente	Accesibilidad	Demora media en primeras consultas	Cuantitativo	100	Descendente	20	60
DIGESTIVO	2011	C04 GESTIÓN DE CITAS DE CONSULTAS SUCESIVAS	10	Común	Del Cliente	Accesibilidad	%CITAS SUCESIVAS DADAS POR LA UNIDAD	Cuantitativo	100	Ascendente	95	80
DIGESTIVO	2011	C05 GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENDOSCÓPICAS ALTAS Y COLONOSCOPIAS	15	Común	Del Cliente	Accesibilidad	Demora media en primeras consultas de pruebas endoscópicas altas y colonoscopias	Cuantitativo	100	Descendente	30	60
DIGESTIVO	2011	C06 GESTIÓN ADECUADA DE LAS ESTANCIAS	6	Común	Del Cliente	Accesibilidad	Mantener estancias evitables	Cualitativo	100		CUMPLE	NO CUMPLE
DIGESTIVO	2011	C07 INDICE DE UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS	6	Común	Del Cliente	Accesibilidad						
DIGESTIVO	2011		2			Actividad Asistencial Actividad Asistencial	DISMINUCIÓN DE LA TASA DE RECLAMACIONES POR MOTIVOS SELECCIONADOS	Cuantitativo	50	Descendente	0	1
							REALIZACIÓN DE AL MENOS UN GRUPO FOCAL (PLAN DE ACTUACIÓN ABORDANDO AL MENOS 3 ÁREAS DE MEJORA)	Cualitativo	50		CUMPLE	NO
DIGESTIVO	2011	C08 ORIENTACIÓN AL CIUDADANO, SATISFACCIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	5	Común	Crecimiento	Usuarios	Publicaciones en revistas indexadas	Cuantitativo	100	Ascendente	3	0
		C09 FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES	5	Común	Crecimiento	Investigación						



PUNTOS TOTALES ASIGNADOS A OBJETIVOS COMUNES

53

Observaciones: Por el momento, no es posible descargar de la aplicación SIAGC los campos de Fórmula, Fuente y Metodología de evaluación de los indicadores cuantitativos. En el momento en el que se habilite la opción, se remitirá la información completa a la unidad.

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS: AÑO 2.011

UGC	Año	Objetivo	Peso OBJETIVO	Comun/Espec	Perspectiva	Bloque	Indicador	CuantCual	Peso INDICADOR	Signo	Lim.Sup	Lim.Inf
ALERGOLOGIA	2011	E01 Cumplimiento de los estándares ACSA en los estudios de Reacción Adversa a medicamentos (RAM)	6	Específico	Del Cliente	Seguridad del Pac. y Garantía de Resut. en Salud	Porcentajes de pacientes a los que se les emite el informe antes de 100 días	Cuantitativo	50	Ascendente	80	40
							Porcentaje de pacientes a los que se les estudia menos de 3 fármacos	Cuantitativo	50	Ascendente	95	85
ALERGOLOGIA	2011	E02 Conocer la incidencia y tipo de reacciones con citostáticos, para valorar la necesidad de crear una unidad específica para la atención de estos pacientes	6	Específico	Del Cliente	Usuarios	% de pacientes con reacción a citostáticos en los que se consigue inducir tolerancia	Cuantitativo	100	Ascendente	60	30
ALERGOLOGIA	2011	E03 Cumplimiento de los estándares ACSA en las inmunoterapias administradas siguiendo pautas clúster	6	Específico	Del Cliente	Seguridad del Pac. y Garantía de Resut. en Salud	Porcentaje de inmunoterapias administradas siguiendo pautas clúster	Cuantitativo	100	Ascendente	50	30
ALERGOLOGIA	2011	E04 Mejorar la continuidad asistencial con AP mediante la introducción del informe de alta en Diraya	8	Específico	Del Cliente	Accesibilidad	Porcentaje de pacientes procedentes de AP que reciben informe de Alergia en Diraya	Cuantitativo	100	Ascendente	95	70
ALERGOLOGIA	2011	E05 Resolver en acto único al menos el 20% de los pacientes derivados desde Atención Primaria	6	Específico	Del Cliente	Accesibilidad	Porcentaje de pacientes atendidos en acto único	Cuantitativo	100	Ascendente	40	20
ALERGOLOGIA	2011	E06 Informatización de las agendas de enfermería en Diraya	4	Específico	Interna	Sistemas de Información	% agendas de enfermería existentes en la UGC que se implantan en Diraya	Cuantitativo	100	Ascendente	100	60
ALERGOLOGIA	2011	E07 Apertura de taller de enfermería para la educación en el buen uso de las terapias inhaladoras	4	Específico	Del Cliente	Seguridad del Pac. y Garantía de Resut. en Salud	Puesta en marcha de taller de enfermería para educación sobre manejo de inhalador en pacientes asmáticos	Cualitativo	100		CUMPLE	NO
PUNTOS TOTALES ASIGNADOS A OBJETIVOS ESPECÍFICOS			40									

Observaciones: Por el momento, no es posible descargar de la aplicación SIAGC los campos de Fórmula, Fuente y Metodología de evaluación de los indicadores cuantitativos. En el momento en el que se habilite la opción, se remitirá la información completa a la unidad



8. FUNCIONES DE VALOR

FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2011

C01 Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I	C02 Control del Absentismo	C03 GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA EN PRIMERAS CONSULTAS PACIENTES DE PRIORIDADES 0 Ó 1 (EN AGENDA DE HIMENÓPTEROS)	C04 GESTIÓN DE CITAS DE CONSULTAS SUCESIVAS	C05 GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA EN PRIMERAS CONSULTAS DE PRIORIDADES 2 A 5	C06 ORIENTACIÓN AL CIUDADANO, SATISFACCIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN		C07 FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES	OBJETIVOS	
3	3	20	7	20	2		5	60	Peso Objetivo
Gasto en Cap.I de la UGC <= Presupuesto asignado	% Absentismo	Demora media en primeras consultas de prioridades 0 ó 1 (en agenda de Himenópteros)	%CITAS SUCESIVAS DADAS POR LA UNIDAD	Demora en primeras consultas de prioridades 2 a 5	DISMINUCIÓN DE LA TASA DE RECLAMACIONES POR MOTIVOS SELECCIONADOS	REALIZACIÓN DE AL MENOS UN GRUPO FOCAL (PLAN DE ACTUACIÓN ABORDANDO AL MENOS 3 ÁREAS DE MEJORA)	Publicaciones en revistas indexadas	Función de Valor	
CUMPLE	< = 2	< = 25	> = 95	< = 60	< = 0	CUMPLE	> = 3	10	
	> 2 - 2,17	> 25 - 26,67	< 95 - 93,33	> 60 - 66,67	> 0 - 0,11		< 3 - 2,67	9	
	> 2,17 - 2,33	> 26,67 - 28,33	< 93,33 - 91,67	> 66,67 - 73,33	> 0,11 - 0,22		< 2,67 - 2,33	8	
	> 2,33 - 2,5	> 28,33 - 30	< 91,67 - 90	> 73,33 - 80	> 0,22 - 0,33		< 2,33 - 2	7	
	> 2,5 - 2,67	> 30 - 31,67	< 90 - 88,33	> 80 - 86,67	> 0,33 - 0,44		< 2 - 1,67	6	
	> 2,67 - 2,83	> 31,67 - 33,33	< 88,33 - 86,67	> 86,67 - 93,33	> 0,44 - 0,56		< 1,67 - 1,33	5	
	> 2,83 - 3	> 33,33 - 35	< 86,67 - 85	> 93,33 - 100	> 0,56 - 0,67		< 1,33 - 1	4	
	> 3 - 3,17	> 35 - 36,67	< 85 - 83,33	> 100 - 106,67	> 0,67 - 0,78		< 1 - 0,67	3	
	> 3,17 - 3,33	> 36,67 - 38,33	< 83,33 - 81,67	> 106,67 - 113,33	> 0,78 - 0,89		< 0,67 - 0,33	2	
	> 3,33 - 3,5	> 38,33 - 40	< 81,67 - 80	> 113,33 - 120	> 0,89 - 1		< 0,33 - 0	1	
NO CUMPLE	> 3,5	> 40	< 80	> 120	> 1	NO CUMPLE	< 0	0	
3	3	20	7	20	1	1	5	(60)	Peso Indicador
								Resultado	
								Función de valor	
								R ponderado	

FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS AÑO 2011

E01 Cumplimiento de los estándares ACSA en los estudios de Reacción Adversa a medicamentos (RAM)		E02 Conocer la incidencia y tipo de reacciones con citostáticos, para valorar la necesidad de crear una unidad específica para la atención de estos pacientes	E03 Cumplimiento de los estándares ACSA en las inmunoterapias administradas siguiendo pautas clúster	E04 Mejorar la continuidad asistencial con AP mediante la introducción del informe de alta en Diraya	E05 Resolver en acto único al menos el 20% de los pacientes derivados desde Atención Primaria	E06 Informatización de las agendas de enfermería en Diraya	E07 Apertura de taller de enfermería para la educación en el buen uso de las terapias inhaladoras	OBJETIVOS	
6		6	6	8	6	4	4	40	Peso Objetivo
Porcentajes de pacientes a los que se les emite el informe antes de 100 días	Porcentaje de pacientes a los que se les estudia menos de 3 fármacos	% de pacientes con reacción a citostáticos en los que se consigue inducir tolerancia	Porcentaje de inmunoterapias administradas siguiendo pautas clúster	Porcentaje de pacientes procedentes de AP que reciben informe de Alergia en Diraya	Porcentaje de pacientes atendidos en acto único	% agendas de enfermería existentes en la UGC que se implantan en Diraya	Puesta en marcha de taller de enfermería para educación sobre manejo de inhalador en pacientes asmáticos	Función de Valor	
> = 80	> = 95	> = 60	> = 50	> = 95	> = 40	> = 100	CUMPLE	10	
< 80 - 75,56	< 95 - 93,89	< 60 - 56,67	< 50 - 47,78	< 95 - 92,22	< 40 - 37,78	< 100 - 95,56		9	
< 75,56 - 71,11	< 93,89 - 92,78	< 56,67 - 53,33	< 47,78 - 45,56	< 92,22 - 89,44	< 37,78 - 35,56	< 95,56 - 91,11		8	
< 71,11 - 66,67	< 92,78 - 91,67	< 53,33 - 50	< 45,56 - 43,33	< 89,44 - 86,67	< 35,56 - 33,33	< 91,11 - 86,67		7	
< 66,67 - 62,22	< 91,67 - 90,56	< 50 - 46,67	< 43,33 - 41,11	< 86,67 - 83,89	< 33,33 - 31,11	< 86,67 - 82,22		6	
< 62,22 - 57,78	< 90,56 - 89,44	< 46,67 - 43,33	< 41,11 - 38,89	< 83,89 - 81,11	< 31,11 - 28,89	< 82,22 - 77,78		5	
< 57,78 - 53,33	< 89,44 - 88,33	< 43,33 - 40	< 38,89 - 36,67	< 81,11 - 78,33	< 28,89 - 26,67	< 77,78 - 73,33		4	
< 53,33 - 48,89	< 88,33 - 87,22	< 40 - 36,67	< 36,67 - 34,44	< 78,33 - 75,56	< 26,67 - 24,44	< 73,33 - 68,89		3	
< 48,89 - 44,44	< 87,22 - 86,11	< 36,67 - 33,33	< 34,44 - 32,22	< 75,56 - 72,78	< 24,44 - 22,22	< 68,89 - 64,44		2	
< 44,44 - 40	< 86,11 - 85	< 33,33 - 30	< 32,22 - 30	< 72,78 - 70	< 22,22 - 20	< 64,44 - 60		1	
< 40	< 85	< 30	< 30	< 70	< 20	< 60	NO CUMPLE	0	
3	3	6	6	8	6	4	4	(40)	Peso Indicador
								Resultado	
								Función de valor	
								R ponderado	



FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS CRÍTICOS AÑO 2011

Desarrollo Crítico			OBJETIVOS
1 CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE: Cumplimiento del presupuesto asignado	2 CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA: Cumplimiento del presupuesto asignado	3 PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO	Función de Valor
CUMPLE	CUMPLE	> = 80	10
		< 80 - 78,89	9
		< 78,89 - 77,78	8
		< 77,78 - 76,67	7
		< 76,67 - 75,56	6
		< 75,56 - 74,44	5
		< 74,44 - 73,33	4
		< 73,33 - 72,22	3
		< 72,22 - 71,11	2
		< 71,11 - 70	1
NO CUMPLE	NO CUMPLE	< 70	0
40	48	12	(100) Peso INDICADOR
			Resultado
			Función de valor
			R. ponderado

9. LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD

Información suministrada por la Dirección de Personal. En caso de que sea necesario realizar alguna modificación, comunicar la incidencia a la Dirección de Personal mediante correo electrónico a Soledad Cuenca mediante la dirección: soledad.cuenca.sspa@juntadeandalucia.es.

El hecho de que se existan incorrecciones en esta lista **NO** compromete la validez de este Acuerdo, es decir, no se realizarán actualizaciones en el documento por este motivo. Lo que si hay que garantizar es que la Dirección de Personal recibe las notificaciones de incidencias que se produzcan.

APellidos y Nombre	CATEGORIA	ESPECIALIDA	TIPO DE NOMBRAMIENTO	VINCULACION	% DEDICACION
AGUERA ARROYO, BLANCA C	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA		
AGUILERA PEÑA, FILOMENA	JEFA DE BLOQUE	JEFA DE BLOQUE	TITULAR	PARCIAL	20%
ALBA LOPEZ, FRANCISCA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA		
ALMAZAN RUBIO, DOLORES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
ARTACHO PERULA, ANTONIO	CELADOR HOSP	CELADOR	PLANTILLA		
BAENA SAEZ, ANA ISABEL	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
BARRERA BAENA, PILAR	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA		
BENITEZ GALVEZ, JOSEFA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA		
BERMEJO MILLÁN, JOSE	CELADOR	CELADOR	TITULAR		50%
BUGATTO COCERRIA, FERNANDO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
CABALLERO LEON, M FUENSANT	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA		
CALERO ALBA, ANTONIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA		
CALERO AYALA, BENIGNO	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA		
CAMPOS RUIZ, ANA	CELADORA	CELADORA	INTERINA		20%
CARRION MUÑOZ, FRANCISCA	ENF.SUPERV	SUPERVISOR ENFERMERIA	PLANTILLA		
CASADO GONZÁLEZ, JESUS	CELADOR	CELADOR	TITULAR		50%
CLAVERO RUIZ, TERESA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
CORDOBES GAMERO, M LUISA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE		
COSTAN RODERO, GUADALUPE	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA		
CUADRADO PASTOR, M. DOLORES	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE		
CUESTA CARDEAL, ENCARNACIO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
CUESTA OSUNA, RAFAELA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	INTERINO VACANTE		
DIAZ LOPEZ, MARIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA		
DIAZ SILLERO, ENCARNACIO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		



DORADO ESPINOSA, DULCE INMA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
ESTRADA AGUILERA, DOLORES	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	
FERNANDEZ CARNERO, ROSARIO	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
FERNANDEZ CORDOBES, INMACULADA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
FERNANDEZ DIEZ, PILAR	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	
FERRER FERRER, DOLORES	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
FERREZUELO CAÑETE, PILAR	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
FRAGA RIVAS, ENRIQUE	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
FUSTER ZARAGOZA, CARMEN	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	
GALLEGO CANO, PAULA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
GALVEZ CALDERON, CARMEN	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
GARCIA CARRERA, CONCEPCION	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
GARCIA PRIETO, EVA MARIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
GARCIA ROJAS, M JESUS	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	
GARCIA SANCHEZ, M DEL VALL	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	SUSTITUCION	
GARCIA TARTAJA, ANTONIO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
GOMEZ CAMACHO, FEDERICO	JEFE SECCION	JEF. SC. APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
GOMEZ LUQUE, MARIA EVA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	
GOMEZ MARTIN, M PILAR	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
GOMEZ MARTIN, MANUELA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
GONZALEZ GALILEA, ANGEL	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
HERRERA RAMIREZ, ANTONIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
HERVAS MOLINA, ANTONIO J.	JEFE SECCION	JEF. SC. APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
HIDALGO LOPEZ, JUAN MANUE	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
HIDALGO RUIZ, EUFEMIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
IGLESIAS FLORES, EVA M	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	SUSTITUCION	
IZQUIANO BOLLERO, M VICTORIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	
JIMENEZ MORENO, M CARMEN	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
JIMENEZ SANCHEZ, JOSE RAMON	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
LEAL GARCÍA, JOSEFA	CELADORA	CELADORA	TITULAR	50%
LIMA RODRIGUEZ, M CARMEN	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
LOPEZ VIELVA, ROSA M	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	
LORA LOPEZ, PILAR	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
LUQUE MOYA, ISABEL	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
MARTIN MATNEZ, ANGELES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	



MARTINEZ CARRILLO, JOSEFA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
MATA GARCIA, MANUEL DE	J.SERVICIO	JEF. SV. APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
MISAS MEDRAN, MARIA JOSE	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
MOLINA MORENO, MARIA JOSE	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
MONTERO ALVAREZ, JOSE LUIS	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
MORENO RUS, RITA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
MORIANA SANCHEZ, JUAN LUIS	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	
MUÑOZ REDONDO, TERESA	AUX. ENFERMERÍA	AUX. ENFERMERÍA	TITULAR	50%
ORTEGA CASTILLO, ENCARNACIO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
PEDRAJAS VILA, M CARMEN	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
PEREZ RAYA, CARLOS	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
PEREZ RODRIGUEZ, ANGEL	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
PEREZ RODRIGUEZ, ESPERANZA	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
PEREZ VALVERDE, CARMEN	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
PLEGUEZUELO NAVARRO, MARIA	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	EVENTUAL	
POYATO GONZALEZ, ANTONIO	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
RAMIREZ COSTAS, M.ANTONIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUSTITUCION	
REINA GARCIA, M DOLORES	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
REQUENA VARGAS, PATROCINIO	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
RETAMINO MUÑOZ, ANA M	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
REYES LOPEZ, ANTONIO AN	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA	
REYES ROLDAN, ISIDORA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
RISQUEZ FERNANDEZ, PILAR	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
RIVERA VARGAS, NIEVES	CELADORA	CELADORA	TITULAR	20%
RODRIGUEZ ALCOCER, MARIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
RODRIGUEZ DONOSO, ELENA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
ROLDAN CANO, BLANCA MAR	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
RUBIO MELLADO, CARMEN	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
RUIZ MUÑOZ, CONCEPCION	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	
SÁNCHEZ MILLÁN, JOSEFA	CELADORA	CELADORA	TITULAR	50%
SANCHEZ SEDANO, ESTRELLA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	
SERRANO VILLALON, ROCIO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	
SOLIS CUESTA, PILAR	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
SOLIS VIVEROS, GRACIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	
SOSA MARTINEZ, CATALINA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	



SOSA SILOS, JOAQUIN	CELADOR	CELADOR	TITULAR		50%
TAPIA GUTIERREZ, RAFAEL	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
VALSECA FERNANDEZ, VICTOR	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
VAZQUEZ MEDINA, EVA MARIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA		
VIGNOTE ALGUACIL, MARIA LUIS	ADJ/ESP.AREA	FEA DE APARATO DIGESTIVO	PLANTILLA		
VILLANUEVA MAÑERO, RAFAELA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA		





10. OBJETIVOS COMPARTIDOS CON OTRAS UNIDADES / SERVICIOS