UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código SIAGC: UGC000036

ACUERDO DE GESTIÓN CLINICA

Año: 2014

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Córdoba, 23 de Diciembre de 2013

REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades de Infecciosas y en su nombre D Julián de la Torre Cisneros, en calidad de Responsable 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 2014

El Responsable de la Unidad — El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Julian de la Torre Cisneros — Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

El Responsable de Enfermería

Fdo.: Dña. Jesús Herrera Tierno

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. 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.

En este sentido, la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias**, dispone en el apartado 3 de su artículo 4, que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en el ámbito de Gestión Clínica; y en su artículo 10, contempla la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, previéndose que se establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica por las administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda.

Ya en el **Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, del año 1.999**, que recoge las líneas estratégicas, los objetivos y las medidas previstas para el desarrollo y modernización de los servicios en los siguientes años, figura la implantación y extensión en el SAS de los nuevos enfoques de Gestión Clínica que favorezcan la síntesis adecuada de capacidad profesional para organizar sus propias unidades funcionales con la responsabilidad sobre el uso de los recursos que se les asignan en un entorno de calidad debidamente acreditado, como uno de las puntos fundamentales de dicho Plan.

Con fecha 23 de julio de 1.999, se firmó un **Acuerdo entre el SAS y los Sindicatos CC.OO. y SATSE, para la aplicación consensuada del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud,** donde se definían los principios generales de las Unidades de Gestión Clínica, identificándose las mismas como el nivel organizativo básico que debe ir estructurándose de forma progresiva y previa acreditación de éstas por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, estando constituidas por equipos formales de profesionales coordinados por un responsable, que asumirá la representación de la Unidad.

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” de Córdoba para establecer las actividades a realizar por sus unidades y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el presente año. 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.

Los diferentes Contratos-Programas suscritos entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud y entre el Servicio Andaluz de Salud y sus Hospitales, han recogido desde el año 2001, objetivos relacionados con el impulso e implantación progresiva de las Unidades de Gestión Clínica en los Centros Sanitario del SAS, indicándose en el Contrato-Programa suscrito entre la Consejería y el SAS para el período 2010-2014 el objetivo de que al final de la actual legislatura (2014), todos los profesionales sanitarios del SAS formarán parte de unidades de gestión clínica.

Desde un punto de vista orgánico ha sido la **Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud,** el órgano encargado de impulsar la gestión clínica como herramienta básica

en el ámbito asistencial, así como el impulso y coordinación del desarrollo de unidades de gestión clínica, como instrumento para mejorar la calidad del servicio, la participación profesional y la eficiencia general (**Decreto 171/2009, de19 de mayo**, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud).

Este proceso ha tenido su culminación normativa hasta ahora, en el **Decreto 75/2007, de 13 de marzo,** que regula la cobertura del cargo intermedio de Coordinador y Director de Unidades Clínicas; en el **Decreto 197/2007, de 3 de julio**, que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del SAS, que contempla las unidades de gestión clínica dentro de su estructura funcional; y en el **Decreto 78/2008, de 4 de marzo,** de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del SAS, que igualmente contempla la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental como estructura organizativa responsable de la atención especializada en salud mental.

Por tanto, a fin de cumplimentar los objetivos fijados en el Contrato-Programa suscrito entre el Servicio Andaluz de Salud y el Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba, sobre la base del modelo organizativo de Unidades de Gestión Clínica, teniendo en cuenta que el **Decreto 105/1986, de 11 de junio**, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de Hospitales, en su artículo 19.3, dispone que cuando las necesidades asistenciales lo determinen, podrán constituirse unidades interdisciplinares donde los facultativos de distintas especialidades desarrollarán sus funciones, y en su artículo 20.4 establece que las Unidades de Enfermería se podrán integrar en diferentes Unidades; así como que el apartado e) del artículo 19 de la **Ley 55/2003, de 16 de diciembre**, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el mismo viene obligado a participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la Institución, Centro o Unidad en la que presta servicios, surge el presente **Acuerdo de Gestión para el año 2014.**

Fruto de la experiencia acumulada en los años precedentes por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital, para el año 2014 se han incorporado al Acuerdo de Gestión algunos aspectos relevantes para la consolidación de la gestión clínica en los próximos años, específicamente:

- La visión sobre las mejoras que, desde su experiencia de gestión, los Directores de Unidad de Gestión Clínica consideran relevantes.
- Los índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y económica, y algunos indicadores clave de resultados de producción que expresan el esfuerzo ya realizado y que orientan el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.
- Los objetivos de resultado en salud y / o clínicos a nivel de Hospital como conjunto y de Unidad de Gestión Clínica como parte del mismo, que concentran los esfuerzos de los profesionales y su aportación a la sociedad cordobesa.
- La orientación y supeditación de la asignación de recursos a las decisiones clínicas, mediante la plasmación, en el apartado ingresos de una Cuenta de Resultados Previsional, de aquellas líneas de actividad y procesos – procedimientos, dentro de las mismas, pactados por la Dirección con las Unidades de Gestión Clínica por adecuados y eficientes.
- Los recursos en formación, innovación y / o tecnología que el Hospital incorporará a lo largo del año 2014 a las Unidades de Gestión Clínica de forma coherente para facilitar el alcance de sus resultados clínicos y / o en salud.

Este modelo actualizado de Acuerdo de Gestión Clínica pretende primar la selección de la actividad eficiente, en base a una oferta de servicios moderna donde los criterios de productividad se consideran como consecuencia de un análisis que identifica las actividades y servicios que más pueden beneficiar a la población atendida en el Hospital Universitario “Reina Sofía” y de la selección de actividades y servicios cuyos beneficios clínicos y en salud, con el presupuesto asignado por las Autoridades de Salud, sean superiores.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fecha de Constitución en UGC: 2005

Modelos Organizativos: (en caso de que haya cambiado en el periodo desde su constitución como UGC). No aplica

Año: No aplica

Tipo (Intercentros, interniveles…). No aplica

Resultados 2007-2013:

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (primer semestre)
IUE	0.91	0.91	0.89	0.97	0.88	1.02	1.13
Índice Casuístico	2.79	2.63	2.59	2.57	3.04	2.59	2.80
Estancias evitables	-454	-415	-566	-143.64	-445	+51	+214
% Reingresos	5.39	3.77	3.39	1.17	1.91	0	3.7
% Mortalidad	5.12	4.93	3.13	4.39	5.34	6	3.7
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.50	10	9.16	9.95	9.96	No datos

3. ALIANZA EXTRATÉGICA UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS-UGC MICROBIOLOGÍA

En el manejo del paciente afecto de una enfermedad infecciosa intervienen necesariamente tres Servicios que se estructuran en tres áreas de conocimiento bien diferenciadas y estructuradas: **Enfermedades Infecciosas y Microbiología.** Junto a ellas se encuentra la **Medicina Preventiva,** en su faceta de Control de la Infección, con la que pueden compartir objetivos transversales.

El primer eslabón del proceso asistencial del paciente se inicia por el diagnóstico sindrómico del mismo, que permitirá establecer un diagnóstico etiológico preliminar que ha de confirmarse o descartarse mediante las pruebas diagnósticas.

En algunos casos, el carácter transmisible de la infección determina que se adopten las medidas necesarias para la prevención y profilaxis de la misma.

En último término, la gestión clínica en este campo implicaría coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones clínicas (diagnósticas y terapéuticas), docentes e investigadoras. En muchos casos deberían coordinarse con medidas preventivas.

La misión compartida de esta área específica se podría concretar en:

1. El diagnóstico, tratamiento y prevención de las Enfermedades Infecciosas, tanto comunitarias como nosocomiales, sistémicas u órgano-específicas.
2. La elaboración de la Política de Antibióticos del Hospital y del área hospitalaria, en el marco de la Comisión de Infecciones y del PIRASOA (PROA)
3. La colaboración de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales establecidos por el Servicio de Medicina Preventiva en el marco del PIRASOA (IRA) y de las recomendaciones de la Comisión de Infecciones.
4. La docencia en marco de la formación de los Médicos Residentes, y en los programas de Formación Continuada de todos los profesionales del HURS.
5. El desarrollo de Líneas de Investigación estables e interdisciplinares en el marco de la REIPI y del IMIBIC.

OBJETIVOS COMPARTIDOS DE LAS UGCs DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA.

1. Diagnostico (clínico y microbiológico) y tratamiento (directo en casos atendidos en la UC o asesoramiento en casos atendidos en otras UC) de **infecciones sistémicas**, incluyendo:
    a. Sepsis y bacteriemias primarias.
    b. Zoonosis con complicaciones orgánicas.
    c. Parasitosis.
    d. Síndromes febriles de etiología no filiada con repercusión sistémica grave.
    e. Infecciones órgano-específicas, que requieran atención especializada por su repercusión sistémica u orgánica, tales como:
        i. Endocarditis infecciosa y otras infecciones endovasculares.
        ii. Pericarditis y miocarditis.
        iii. Neumonías comunitarias y nosocomiales.
        iv. Pleuritis y empiemas.
        v. Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
        vi. Infecciones urinarias complicadas y pielonefritis.
        vii. Infecciones genitales en el varón y enfermedad inflamatoria pelviana.
        viii. Esofagitis infecciosas.
        ix. Diarreas agudas con compromiso sistémico, incluyendo fiebres tíficas.
        x. Supuraciones intraabdominales.
        xi. Infecciones de vías biliares.
        xii. Meningitis.
        xiii. Encefalitis y mielitis.

xiv. Endoftalmitis.
xv. Infecciones osteoarticulares, incluyendo las espondilitis.
xvi. Infecciones de piel y partes blandas, incluyendo piomiositis.
xvii. Infecciones emergentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Programa de bacteriemias/candidemias.** Se establecerá un programa de valoración en el día y seguimiento de todas las bacteriemias que sean diagnosticadas (adultos y pediatra). Las bacteriemias/candidemias diagnosticadas serán discutidas conjuntamente en una reunión diaria. El resultado de esta valoración se trasladara a la historia clínica mediante un informe estandarizado.

- **Programa de infecciones por microorganismos multirresistentes.** Los aislamientos de microorganismos multirresistentes (MARSA, enterobacterias BLEE, *Acinetobacter baumann*ii multirresitente, Enterobacterias resistentes a carbapenemas) en muestras clínicas significativas serán discutidos diariamente en reunión conjunta y se realizará una asesoramiento terapéutico específico.

- **Programa de interconsultas.** El diagnostico microbiológico solicitado y las posibilidades terapéuticas de los casos seleccionados por su complejidad será discutido conjuntamente.

- **Política de antibióticos y PIRASOA-PROA del HURS.** Mediante los programas anteriores u otros específicos (PROVAUR, PROVATEM, antibioterapia domiciliaria) que se establezcan en el marco de la Comisión de infecciones y de la Comisión de Farmacia, ambas unidades colaboraran en el desarrollo de la política de antibióticos del HURS. Se establecerán objetivos propios del PIRASOA y otros objetivos en situaciones clínicas de especial relevancia o en antimicrobianos de uso restringido.

    - Objetivos PIRASOA:
        - Mortalidad cruda de la neumonía comunitaria.
        - Mortalidad cruda de los microorganismos establecidos en el PIRASOA (Anexo I)
        - Estudios de la calidad de la prescripción mediante asesorías: Los estudios de calidad de la prescripción se realizará mediante las asesorías establecidas por el PIRASOA (3 anuales a cada médico prescriptor). A partir de los informes de asesoría se monitorizarán los siguientes indicadores.
            - Tasa global y estratificada (profilaxis quirúrgica, tratamiento empírico y dirigido) de tratamientos antimicrobianos inapropiados.
            - Porcentaje de pacientes con shock séptico que reciben tratamiento antibiótico en la primera hora.
    - % de pacientes con infección por *Staphylococcus spp.* meticilina sensible que reciben tratamiento con cloxacilina en vez de con glicopeptidos, linezolid o daptomicina.
    - % de infecciones por Candida spp. sensible a fluconazol en pacientes no críticos tratados con fluconazol en vez de con equinocandinas.
    - % de infecciones por Enterobacterias productoras de BLEE tratadas con carbapenemas en vez de con otros fármacos.
    - Implementación de la Guía de tratamiento empírico elaborada por la Comisión de infecciones en los diferentes servicios del HURS. Una vez implementada se podrán proponer objetivos, compartidos con otros servicios, de cumplimiento de las recomendaciones.

2. **PAI VIH/SIDA:** Diagnóstico y monitorización clínica y virológica de los infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones secundarias a otras inmunodeficiencias primarias o secundarias, para el diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas. Incluye:
    - Valoración clínica.
    - Serología y western-blot de VIH.
    - Determinación de carga viral de VIH necesaria para la monitorización de la respuesta al tratamiento.
    - Estudios genotípicos de resistencia: antes de iniciar TARV y cuando se sospeche clínicamente resistencias. Interpretación conjunta de las mutaciones encontradas en base a la historia terapéutica de pacientes.
    - Estudios de tropismo de VIH para decidir sensibilidad al Maraviroc.

OBJETIVOS CONCRETOS.

- % de pacientes naive en los que se realiza estudios de resistencias.
- % de pacientes con TARV con cargas virales negativas a los 6 meses de tratamiento.
- % de mujeres embarazadas que llegan al parto con carga viral negativa al parto.
- % pacientes con fracaso terapéutico que tras valoraron conjunta del estudio de resistencias se logra carga viral negativa a los 6 meses.
- % pacientes naive con estudio de tropismo de VIH para poder indicar TARV con Maraviroc.

3. **INFECCIONES OPORTUNISTAS**: Diagnostico microbiológico basado en la sospecha clínica y de las infecciones oportunistas de pacientes inmunodeprimidos (trasplante, VIH, cáncer, etc…).

OBJETIVOS CONCRETOS.

- **Programa de terapia anticipada de la infección por CMV en pacientes trasplantados.** Se establecerá un programa conjunto de prevención de la infección por CMV mediante seguimiento periódico de la replicación de CMV y tratamiento precoz cuando sea positiva. Indicadores:
  - % de pacientes con seguimiento establecido.
  - % de pacientes que reciben tratamiento en las primeras 48h tras la extracción de la muestra.
  - % de pacientes con carga viral negativa a las 3 semanas de iniciar tratamiento.

- **Programa de tratamiento precoz de la aspergillosis invasora**. Se establecerá un programa conjunto de tratamiento precoz de aspergillosis invasora en pacientes de alto riesgo mediante monitorización del galactomanano de *Aspergillus*.
  - % de pacientes con seguimiento establecido.
  - % de pacientes que reciben tratamiento en las primeras 48h tras la extracción de la muestra.
  - % de pacientes libres de enfermedad a los 2 meses de detectar un galactomanano positivo.

- **Leishmaniasis.** Valoración del diagnóstico y respuesta al tratamiento con criterios parasicológicos (cultivo médula ósea) y moleculares (PCR de médula ósea).

4. **TUBERCULOSIS**. Valoración conjunta de los casos nuevos incluido el diagnostico, las sensibilidades genotípicas y fenotípicas y la respuesta al tratamiento.

OBJETIVOS CONCRETOS.

Tanto en pacientes naive como en casos de multirresitencias

- % pacientes con validación del tratamiento empírico en función del estudio de resistencias.
- Demora en la validación del tratamiento empírico en función del estudio de resistencias.

-% de pacientes con baciloscopias negativas a los 2 meses del tratamiento.

5. **Enfermedades infecciosas de los inmigrantes (importadas o de adquisición en nuestro ámbito) y de los viajeros internacionales (Salud Internacional).** Esta es un área que precisa un desarrollo específico conjunto. Resulta fundamental establecer un protocolo conjunto de diagnóstico y tratmiento del paludismo.

6. **Accidentes laborales.** Valoración terapéutica inmediata al personal sanitario que sufre una exposición laboral de riesgo de infección por los VIH, VHC y VHB a través del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Laboral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- % pacientes valorados en las primeras 24 h a petición del servicio de Medicina Preventiva (incluye valoración clínica y solicitud de pruebas microbiológicas).

7. **PAI SINDROME FEBRIL DE DURACION INTERMEDIA.** Este PAI precisa la coordinación con la UC de Urgencias y con Atención primaria. Los pacientes que cumplan criterios de entrada en el PAI

serán enviados a hospital de día de Enfermedades Infecciosos donde serán atendidos en el día en una consulta a demanda. Los estudios microbiológicos previstos en el PAI serán realizados en este hospital de día y trasladados de forma urgente al laboratorio de microbiología. Los pacientes iniciarán tratamiento empírico a la espera de los resultados microbiológicos. Las posibilidades diagnosticas basadas en la clínica y en los estudios microbiológicos realizados serán discutidos conjuntamente en las 48-72 horas siguientes a la valoración.

OBJETIVOS CONCRETOS
- % pacientes en los que se realiza tratamiento empírico con doxiciclina.
- % de enfermos en los que los estudios microbiológicos previstos en el proceso están disponibles en 72 horas.
- % pacientes sin fiebre (curados) a las 3 semanas de incluidos en el PAI.

8. **TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C.** La planificación del tratamiento de la infección crónica del VHC precisa de la monitorización virológica (carga viral VHC, genotipo VHC).

OBJETIVOS CONCRETOS.
- % de pacientes en los que se planifica el tratamiento en base al genotipo de VHC estudiado en microbiología.
- % de pacientes en los que se realiza estudio de respuesta viral precoz.
- % de pacientes con respuesta viral al final del tratamiento.
- % de pacientes con respuesta viral sostenida (a los 6 meses de finalizar el tratamiento).

9. **PREVENCIÓN DE INFECCIONES TRANSMISIBLES:** Se colaborará con el servicio de Medicina Preventiva en todas las áreas que sean precisas. Especialmente la colaboración clínico-microbiológica en pacientes atendidos por interconsulta o programas específicos puede facilitar el cumplimiento de los protocolos de aislamiento, evitando consumo innecesario de camas o inclumplimiento de las indicaciones de aislamiento.

OBJETIVOS CONCRETOS.
- % de cumplimiento del protocolo de aislamiento.
- % de pacientes en los que se realiza valoración microbiológica semanal para levantar el aislamiento.

10. **DOCENCIA.** Actualmente no se realizan sesiones clínicas conjuntas. Es necesario establecer un plan de formación conjunta de clínicos y microbiólogos concretados en:

– sesiones de revisión de temas de interés conjunto.
– Sesiones de valoración de casos.

El trabajo colaborativo de clínicos y microbiólogos facilitara la actividad de residentes de microbiología (con titulación en Medicina) en las actividades clínicas conjuntas, incluso responsabilizándose de aspectos concretos de ellas.

OBJETIVOS CONCRETOS.
- % cumplimiento del plan de formación que se establezca.
- % residentes de microbiología que hacen rotaciones clínicas.

11. **INVESTIGACION.** En la actualidad investigadores de ambos servicios forman parte de un único grupo de la Red Española de Investigación en Enfermedades Infecciosas (REIPI). Sin embargo a pesar de que La UC de Enfermedades Infecciosas participa en las líneas del IMIBIC con dos Investigadores Principales, no hay microbiólogos integrados en este grupo.

OBJETIVOS CONCRETOS.
- Establecer líneas de investigación colaborativas en el marco del IMIBIC.
- Número de proyectos colaborativos financiados.
- Índice de impacto en publicaciones colaborativas.

Anexo 1

Indicadores PIRASOA-PROA

INDICADOR
Tasa global de tratamientos antimicrobianos inapropiados
Porcentaje de pacientes en Shock séptico que reciben tto antibiótico en la primera hora
Tasa de tratamientos antimicrobianos inapropiados en profilaxis quirúrgica
Tasa de tratamientos antimicrobianos inapropiados en tratamiento empírico
Tasa de tratamientos antimicrobianos inapropiados en tratamiento dirigido
Mortalidad cruda bacteriemia por *E. coli*
Mortalidad cruda bacteriemia por *P. aeruginosa*
Mortalidad cruda bacteriemia por *K. pneumoniae*
Mortalidad cruda bacteriemia por *A. baumannii*
Mortalidad cruda bacteriemia por *S. aureus*
Mortalidad cruda bacteriemia por *N. meningitidis*
Mortalidad cruda bacteriemia por *S. pneumoniae*
Mortalidad cruda bacteriemia por *Candida* spp.
Mortalidad cruda de la neumonia comunitaria
Densidad de incidencia de infecciones por *S. aureus* resistente a meticilina
Densidad de incidencia de infecciones por *Enterococcus* resistente a vancomicina
Densidad de incidencia de infecciones por *Escherichia coli* BLEE
Densidad de incidencia de infecciones por *K. pneumoniae* BLEE
Densidad de incidencia de infecciones por *P. aeruginosa* multi-resistente (definición ECDC)
Densidad de incidencia de infecciones por *A. baumannii* multi-resistente (definición ECDC)
Densidad de incidencia de infecciones por Enterobacterias productoras de carbapenemasas
Densidad de incidencia de infecciones por *C. difficile*
DDD de amoxicilina
DDD de amoxicilina/ácido clavulánico
DDD de cefadroxilo
DDD de cefazolina
DDD de ceftriaxona
DDD de cefotaxima
DDD de ceftazidima
DDD de cefepima
DDD de piperacilina/tazobactam
DDD de ertapenem
DDD de imipenem
DDD de meropenem
DDD de doripenem
DDD de ciprofloxacino
DDD de levofloxacino
DDD de moxifloxacino
DDD de tigeciclina
DDD de colistina
DDD de cloxacilina

DDD de vancomicina
DDD de teicoplanina
DDD de daptomicina
DDD de linezolid
DDD de cotrimoxazol
DDD de clindamicina
DDD de metronidazol
DDD de fidaxomicina
DDD de eritromicina
DDD de claritromicina
DDD de azitromicina
DDD de gentamicina
DDD de tobramicina
DDD de amikacina
DDD de fluconazol
DDD de voriconazol
DDD de posaconazol
DDD de itraconazol
DDD de anfotericina liposomal
DDD de anfotericina complejo lipidico
DDD de anfotericina deoxicolato
DDD de caspofungina
DDD de micafungina
DDD de anidulafungina
Gasto en antibióticos y antifúngicos en pacientes ingresados
Gasto en antibióticos y antifúngicos en pacientes ambulatorios
Gasto total en antibióticos y antifúngicos

4. OBJETIVOS COMUNES

ÁREA: Capítulo I

Objetivo número 1: La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como Objetivo para el año 2014 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I

CAPITULO I	PENDIENTE DEA

Indicador: Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I

Fórmula: Gasto 2014 en Capítulo I de la Unidad <= Presupuesto asignado en Cap.I para 2014

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 2014 para recoger las posibles incidencias que se produzcan**.**

Objetivo número 2: La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2014 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3.5% en el año 2014.

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

ÁREA: Accesibilidad

Objetivo número 3: La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2014, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 30 días.

Indicador: Demora en primeras consultas.

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

Fuente: INFHOS / Informe de cita previa

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

Peso: 8

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 30/60 días

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2014, 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: MTI-Diraya.

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

Peso: 8

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 95% / 80%

Objetivo número 5: La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2014, llevar a cabo consulta presencial en la prisión apoyada por revisiones telemáticas para evitar que los pacientes reclusos tengan que desplazarse al hospital.

Fórmula: Nº de pacientes en consulta telemática

Fuente: UGC Enfermedades Infecciosas

Metodología de Evaluación: Explotación del registro de la Unidad e informe del Director Medico de la prisión.

Peso: 4

Límite Superior/Límite Inferior: 45 pacientes/20 pacientes

ÁREA: Uso Racional del Medicamento: Ver Objetivos críticos

ÁREA: Hospitalización

Objetivo número 6: La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2014, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90 y mantener las estancias evitables respecto al año 2010

PESO DEL OBJETIVO: 18 PUNTOS

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Subindicador 6.A) Índice de Utilización de Estancias.

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

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

Metodología de Evaluación: CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Peso del Objetivo: 12

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 0,90/1.

Requisito: 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.

Subindicador 6.B) Mantener las estancias evitables respecto al año 2010

Fórmula: No aplica

Estancias evitables 2014 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: 6

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (Primer semestre)
Estancias evitables	-454	-415	-566	-143.64	-445	+51	+214

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

Objetivo número 7. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2014 disminuir la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados

PESO DEL OBJETIVO: 1 PUNTO

Indicador **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 reclamación por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

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

ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

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

Objetivo nº 8: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES

PESO: 15 PUNTOS

Objetivo número 8: La UGC de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2014, mejorar la producción científica de sus profesionales. Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med en aquellos artículos en los que al menos haya 1 miembro de la UGC ó la media del Factor de Impacto de los años 2013 y 2014, utilizándose el dato más favorable para la UGC. Para el próximo año (2.014).

Dado que existe una gran variabilidad en el impacto de las publicaciones de las distintas áreas, y puesto que el número de dichas publicaciones pueden oscilar de unos a otros años, se han establecido compensaciones que faciliten alcanzar el objetivo para aquellas unidades con mayor dificultad para publicar en revistas de alto impacto.

Indicador: a) Índice de Impacto acumulado en el año 2014: Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya recogido en el Journal Citation Report del año anterior

b) Media de índice de impacto de los años 2013-2014

Fórmula: a) Índice de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya 1 miembro del servicio.

b) Media de índice de impacto de los años 2013-2014

Fuente: Unidad de Gestión Científica del IMIBIC.

Metodología de Evaluación: Unidad de Gestión Científica del IMIBIC.

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 20/15

PUBLICACIONES QUE SE CONSIDERAN: Originales, editoriales, cartas con material original (pero no cartas de opinión) y revisiones que estén adecuadamente filiadas con una de las opciones que se indican seguidamente:

Unidad Asistencial, IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Otras instituciones implicadas (p.e. CIBER, RETICs, grupos cooperativos, etc).

Unidad Asistencial, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Otras instituciones implicadas (p.e. CIBER, RETICs, grupos cooperativos, etc).

PUBLICACIONES QUE NO SE CONSIDERAN: Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.

COMPENSACIONES

1.- Los siguientes criterios equivalen a alcanzar el objetivo:

Participar en una Guía de Práctica Clínica, con calidad “Agree”.

Creación de un nuevo grupo PAIDI o incorporación a una RETIC/CIBER del Instituto de Salud Carlos III.

Publicar un trabajo en una revista de impacto >10 puntos

Crear una spin-off

Iniciar la explotación de una patente o registro intelectual.

Incorporar a la cartera de servicios del hospital una innovación generada como resultado de la investigación de la Unidad.

2.- Los siguientes criterios permitirán compensaciones sobre el objetivo de factor de impacto.

Solicitar una patente o registro con participación del IMIBIC compensa 10 puntos.

Un trabajo en primer decil, 2 en primer cuartil o 4 en segundo cuartil equivale a 5 puntos de impacto.

Conseguir un Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.

Cada 10,000 euros de financiación destinada a la investigación (contratos con empresas, proyectos competitivos de financiación pública o privada, el 50% del tercio de la compensación para ensayos clínicos destinados a I+D y que sean conseguidos por el propio grupo como Investigador Principal y gestionados por FIBICO, compensan 2 puntos de impacto.

5. OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

En el convencimiento de que solo merecerá la pena controlar las causas de variación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica, cuando las variaciones en los cuidados de salud conduzcan a variaciones significativas en resultados en salud y allá dónde la ocurrencia del resultado en salud sea suficientemente frecuente para que el indicador de resultado tenga el poder suficiente de detectar diferencias reales en calidad, y conocedor de la dificultad intrínseca que supone la ausencia de estudios de intervención que aporten suficientes y consistentes evidencias del efecto de las intervenciones sobre resultados en salud sobre los costes, el Hospital Universitario "Reina Sofía" y sus Directores de Unidades de Gestión Clínica han puesto en marcha, para el año 2014 y siguientes, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, útiles y viables en su entorno, que:

1. Permita la máxima participación de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica.
2. Promueva el conocimiento horizontal y transversal de los objetivos de resultado clínico y / o en salud de todas las Unidades de Gestión Clínica por parte de todos los Directores y sus equipos profesionales.
3. Oriente estratégicamente al Hospital en su conjunto hacia una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad cordobesa y andaluza, en general, y a su proyección futura.
4. Refleje, por su mayor interés intrínseco, todos los aspectos de los cuidados, incluyendo aquellos que son de otra manera difíciles de medir como el "expertise" técnico y los conocimientos de los profesionales, es decir cuando el conocimiento técnico es importante.
5. Establezca marcos conceptuales que guíen la selección de indicadores, desde el principio del proceso, bien para centrarse en una amplia gama de condiciones clínicas o para informar sobre unas cuantas áreas prioritarias, y se mantengan estables para facilitar el seguimiento consistente de los resultados en el tiempo.
6. Utilice un sistema de seguimiento y evaluación estable, riguroso y sistemático, desde el inicio del proceso con la participación de todos los protagonistas y beneficiarios.

Conviene resaltar que se trata de impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital Universitario "Reina Sofía" en los últimos cuatro años, que ha originado un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados: desde el 3 %, 8 % y 12 %, 27% de los años 2008, 2009, 2010 y 2011, respectivamente, al 36 % en el año 2012.

Con la intención de contribuir a reforzar y mejorar esa tendencia, este año:

1. Se pone a disposición de todas las Unidades de Gestión Clínica un instrumento práctico: la Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD_RC_2013) del Hospital Universitario Reina Sofía, que en su versión actual (agosto 2013) contiene 588 objetivos/medidas de resultado clínico clasificadas por Unidad de Gestión Clínica. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las Unidades e Gestión Clínica.

2. El National Institutite for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, ha autorizado el estudio y valoración, por los profesionales de las UGCs del Hospital Universitario Reina Sofía, de las do not do recommendations" (DndR). Gracias a este esfuerzo cada UGC está en disposición de incorporar a sus AGC 2014, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones, de lo que clínicamente no está justificado como evidencia científica, que haya priorizado como de elevada efectividad y/o eficiencia, bien porque no se estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en la eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

Por su importancia estratégica, la Gerencia negociará con las Unidades de Gestión Clínica que no hayan solicitado ninguna "DndR", qué recomendación se incorpora al AGC 2014, su peso y límites de cumplimiento.

Objetivo Especifico número 1

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2013 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Porcentaje de pacientes VIH positivos nuevos que son declarados por la UGC en el nuevo sistema informático autonómico.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 4
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 (título): Declaración de nuevos casos de VIH. Fórmula: NUMERADOR: Número pacientes VIH nuevos diagnosticados en el servicio de inmunología en al año 2014 y que han sido declarados en el sistema informático por la misma UGC. DENOMINADOR: Número pacientes VIH nuevos diagnosticados en el servicio de inmunologia en al año 2014. Criterio de Cumplimiento: declaración informatizada Fuente de Información: Registro de VIH nuevos del la UGC d einmunología. Registro de casos declarados en el sistema informático (Delegación de salud). Metodología de evaluación: Explotación del registro e Informe de Resultados Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 100%/80% Situación de partida (valor de referencia): 20% (registro 2014)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: Inmunologia, Delegación de Salud.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

Objetivo Especifico número 2: OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC MICROBIOLOGÍA

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2013 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Evitar la transmisión materno-fetal del VIH. Lograr que la pacientes VIH positivas lleguen al parto con carga viral de VIH negativa **(CODIGO ENF INF 012.04; HURS 000061)**
Peso que se le asignaría al Objetivo: 8
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 (título): % de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH negativa Fórmula: NUMERADOR: número de mujeres infectadas por VIH embarazadas controladas por la UGC y que tienen carga viral negativa en el momento del parto. DENOMINADOR: numero total de mujeres infectadas por VIH embarazadas. Criterio de Cumplimiento: carga viral negativa en el momento del parto Fuente de Información: registro de embarazadas del PAI VIH/SIDA, registro de carga viral de microbiología (disponible en la web). Metodología de evaluación: Explotación de los registros e informe. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 100%/80% Situación de partida (valor de referencia): 100% en 2013 (referido sólo a las que aceptaban TARV). Nos interesa estabilizarlo pare evitar nuevas infecciones.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

Objetivo Especifico número 3: OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC MICROBIOLOGÍA

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2013 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Aumentar el porcentaje de pacientes infectados por VIH que alcanzan respuesta virológica tras un tratamiento inicial de la infección por VHC. **(COGIGO HURS 000060; SEIMC VIH 0053)**
Peso que se le asignaría al Objetivo: 8
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 (título): reducción ARN-VHC Fórmula: NUMERADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento de VHC que hayan cumplido 3 meses de tratamiento y hayan conseguido una respuesta viral precoz definida como descenso de al menos 2 log de la ARN-VHC basal. DENOMINADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento del VHC y hayan cumplido al menos 3 meses de tratamiento Criterio de Cumplimiento: Descenso de más 2 log de ARN-VHC a los 3 meses de iniciado el tratamiento Fuente de Información: Registro de paciente es VIH positivos que inician tratamiento de VHC (UGC Enfermedades Infecciosas) y registro de carga viral de VHC (microbiología). Metodología de evaluación: Explotación del registros e Informe de Resultados Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 60%/40%. Situación de partida (valor de referencia): 40% año 2013. Pendiente de evaluar 2014.
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
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

Objetivo Especifico número 4

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2013 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Reacreditación de calidad de la UGC
Peso que se le asignaría al Objetivo: 4
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 (título): La UGC realizará el proceso de reacreditación de calidad de la ACSA y obtendrá la acreditación durante el año 2014 Fórmula: Objetivo cualitativo. No procede fórmula. Criterio de Cumplimiento: obtención de devolución de acreditación Fuente de Información: resolución de acreditación de la ACSA Metodología de evaluación: revisión de de la resolución. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: no procede Situación de partida (valor de referencia): UGC acreditada pero vence en Mayo 2014
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Servicio de Calidad y Documentación Clínica
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

Objetivo Especifico número 5

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2013 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Validación de antibióticos de uso restringido en el programa PROVAUR
Peso que se le asignaría al Objetivo: 4
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 (título): Antibióticos de uso restringido que son correctamente validados por la UGC de Enfermedades Infecciosas en cualquiera de las UGC asignadas. Fórmula: NUMERADOR: Número indicaciones de antibióticos de uso restringido que son correctamente validadas por la UGC de Enfermedades Infecciosas en cualquiera de las UGC asignadas. DENOMINADOR: Total de indicaciones de antibióticos de uso restringido en las UGC asignadas en el PROVAUR Criterio de Cumplimiento: % correcta validación Fuente de Información: Registro de farmacia Metodología de evaluación: Explotación del registros e Informe de Farmacia Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 95%/80%. Situación de partida (valor de referencia): Pendiente de evaluar 2014.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: Farmacia
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

Objetivo Especifico número 6

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2013 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Disminuir la incidencia de UPP en la UGC de Enfermedades Infecciosas, en pacientes con riesgo **(CODIGO HURS 000022)**
Peso que se le asignaría al Objetivo: 8
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 (título): Mantener y/o disminuir las úlceras por presión que aparezcan en los pacientes con Enfermedades Infecciosas que ingresan el la UGC libres de úlceras por presión. Fórmula: NUMERADOR: Nº de pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso DENOMINADOR: Nº total de pacientes que ingresan sin UPP Criterio de Cumplimiento: Estudio de incidencia realizado en la UGC Fuente de Información: Auditoria interna Metodología de evaluación: Realización de cortes de incidencia Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2% / 5,6% Situación de partida (valor de referencia): Límites establecidos en M.I., por similitud de pacientes.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna

Objetivo Específico número 7.

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2014 cumplir con el Índice Sintético de Objetivos Compartidos con el resto de Unidades.

Indicador: Índice Sintético de Cumplimento de Objetivos Compartidos con otras Unidades.

Fórmula: Ver cuadro resumen de indicadores incluidos

Límite Superior/Límite Inferior: 10 / 0

Fuente: UGC

Metodología de Evaluación: Informe conjunto de resultados.

Peso: 4

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS
OBJETIVOS COMPARTIDOS CON ATENCIÓN PRIMARIA (ACUERDO INTERNIVELES)	**Ver objetivos***	**4**
	OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL	**4**

Nota: El objetivo "Índice sintético de objetivos compartidos" podrá modificarse por parte de las unidades que comparten objetivos siempre que el peso total asignado a este índice sintético no se vea modificado.
En caso de producirse alguna modificación, deberá quedar constancia de la misma en un anexo específico que firmarán los Directores de las Unidades implicadas.

Obj. 1: "Estudio microbiológico y tratamiento parenteral compartido de procesos infecciosos. Estudios microbiológicos en hospital de día de enfermedades infecciosas para mejorar el diagnóstico. Tratamiento antibiótico parenteral domiciliario tanto para evitar ingreso en procesos infecciosos o para acortar el ingreso. Mejorar la calidad de vida de estos pacientes".

Fórmula: Obtención de hemocultivos u otros estudios microbiológicos en pacientes con síndrome febriles, con focalidad o no, estudiados ambulatoriamente en hospital de día de enfermedades infecciosas. Tratamientos parenterales antibióticos en régimen de hospital de día. Tratamiento parenteral domiciliario.

Indicador: Estudio de la viabilidad en función de los recursos disponibles. Diseño de los aspectos viables del programa en el año 2013.

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: SI / NO.

Obj. 2: "Tratamiento antirretroviral rápido en personas que se han pinchado con material utilizado por pacientes VIH positivos". POE de accidentes con riesgo biológico.

Fórmula: Tratamiento antirretroviral de pinchazos con pacientes VIH positivos.

Indicador: Aplicación del POE de accidentes con riesgo biológico realizado por la UPRL 1-3.

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: SI / NO.

Obj. 3: "Manejo adecuado de patología infecciosa tropical (inmigrantes y viajeros)".

Se trata de un grupo de patología sobre la que hay poca experiencia.

Fórmula: Desarrollo e implantación de un protocolo de colaboración de la UGC de Infecciosos con los profesionales de las UGC de Atención Primaria para el adecuado estudio microbiológico y tratamiento dirigido de la patología infecciosa tropical.

Indicador: puesta en marcha de una consulta especifica y un facultativo de referencia en la UGC de Enfermedades Infecciosas. Comunicación de los criterios de derivación a todas la UGC de AP a lo largo del año 2012, en todas las UGC de Atención Primaria.

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: SI / NO.

Obj. 4. Estudio compartido de los conviventes de pacientes con TBC que no pueden acudir al hospital.

Fórmula: Hay conviventes de pacientes con TBC diagnosticados en la UGC de Enfermedades Infecciosas que no pueden acudir a esta unidad para hacerse estudio de ILT.

Indicador: establecimiento de un procedimiento de comunicación de conviventes susceptibles de ser estudiados en AP. Estableceríamos un interlocutor en la UGC de Enfermedades Infecciosas y en cada UGC de AP que pudieran colaborar para completar adecuadamente el estudio,

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: SI / NO.

7. TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES 2014

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área 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	3	CUMPLE	NO CUMPLE
	2	Absentismo	Días de absentismo *100/Días de trabajo potenciales	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido	3	3,5	4,5
Área. Accesibilidad	3	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	8	30	60
	4	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	8	95	80
	5	Consulta telemática de revisiones de pacientes de prisión	Numero de pacientes de prisión 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	4	45 pacientes	20 pacientes
Área. Hospitalización	6	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	12	0,90	1
	6	Estancias evitables	No aplica	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	6	100%	110%
Área Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	7	Tasa de Reclamaciones	Nª de reclamaciones por los motivos seleccionados x 1000/Total de pacientes atendidos	Servicio de Atención al Ciudadano	Explotación de registro de reclamaciones e informe del responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido	1	0	1
Área. Fomentar la investigación entre los profesionales	8	Índice de impacto acumulado	Índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad. Índice de Impacto acumulado. 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	Unidad de Apoyo Metodológico IMIBIC	Informe del Director de la Unidad y de la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC	15	20	15
TOTAL PUNTOS EN OBJETIVOS COMUNES						**60**		

8.TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS: AÑO 2014

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
1	Declaración de nuevos casos de VIH	NUMERADOR: Número pacientes VIH nuevos diagnosticados en el servicio de inmunología en al año 2014 y que han sido declarados en el sistema informático por la misma UGC. DENOMINADOR: Número pacientes VIH nuevos diagnosticados en el servicio de inmunologia en al año 2014	Registro de VIH nuevos del la UGC d einmunología. Registro de casos declarados en el sistema informático (Delegación de salud).	Explotación del registro e Informe de Resultados	4	100	80
2	% de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH negativa	NUMERADOR: número de mujeres infectadas por VIH embarazadas controladas por la UGC y que tienen carga viral negativa en el momento del parto. DENOMINADOR: numero total de mujeres infectadas por VIH embarazadas.	Registro de embarazadas del PAI VIH/SIDA, registro de carga viral de microbiología (disponible en la web).	Explotación de los registros e informe.	8	100	80
3	Reducción ARN-VHC	NUMERADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento de VHC que hayan cumplido 3 meses de tratamiento y hayan conseguido una respuesta viral precoz definida como descenso de al menos 2 log de la ARN-VHC basal. DENOMINADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento del VHC y hayan cumplido al menos 3 meses de tratamiento	Registro de paciente es VIH positivos que inician tratamiento de VHC (UGC Enfermedades Infecciosas) y registro de carga viral de VHC (microbiología).	Explotación del registros e Informe de Resultados	8	60	40
4	Reacreditación ACSA	No aplica	Resolución ACSA	Informe de certificación ACSA	4	Cumple	No cumple
5	Antibióticos de uso restringido que son correctamente validados por la UGC de Enfermedades Infecciosas en cualquiera de las UGC asignadas	NUMERADOR: Número indicaciones de antibióticos de uso restringido que son correctamente validadas por la UGC de Enfermedades Infecciosas en cualquiera de las UGC asignadas. DENOMINADOR: Total de indicaciones de antibióticos de uso restringido en las UGC asignadas en el PROVAUR	Registro de farmacia	Explotación del registros e Informe de Farmacia	4	95	80
6	Incidencia de UPP	NUMERADOR: Nº de pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso DENOMINADOR: Nº total de pacientes que ingresan sin UPP	Auditoria interna	Realización de cortes de incidencia	8	2	5.6
7	Índice Sintético de Objetivos Compartidos	Ver tabla	Ver tabla	Ver tabla	4	10	0
TOTAL DE PUNTOS EN OBJETIVOS ESPECIFICOS					**40**		

ANEXO 2. OBJETIVOS CRÍTICOS

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2014

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	-1%	1%
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	**IBP**	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	4	90	76
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	**PRINC ACT**	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	3	90	84
	PRESCRIPCION ELECTRÓNICA	**PRESCRICION ELECTRÓNICA**	% de camas en las que se realiza prescripción electrónica respecto al porcentaje de camas totales de la UGC. * Se medirá en horario de trabajo de mañana, de 8 a 15 horas, de lunes a viernes. * Se realizará la medida dos días al mes (días aleatorios) y posteriormente se calculará la media para obtener el dato global anual. Fuente de la información: programa Farmatools de gestión de la Unidosis de la UGC de Farmacia.	2	95	90
	REDUCCIÓN DEL 10% EN EL CONSUMO DE MEROPENEM EN DOSIS DIARIA DEFINIDA (DDD) POR CADA 1000 ESTANCIAS EN EL AÑO 2014 VS 2013 (3)	**DDD/1000e**	DDD de consumo de antibióticos por 1000 / número de estancias en el año 2014	1	10	0
			TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS	100		

(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

9. CUENTA DE RESULTADOS

Prevista su incorporación al AGC en el año 2012, tras concretar y testar un modelo específico del Cuenta de Resultados Provisional con datos reales del entorno clínico y económico de las Unidades de Gestión Clínica, se incorpora al AGC 2014, con dos particularidades relevantes:

- ✓ Diferenciación de modelos para unidades de gestión clínica finales, intermedias y medias (componente final y componente intermedio den proporciones variables).

- ✓ Exclusión de ugc finales en las que el modelo no es aplicable por déficit de información relevantes en alguna de las líneas de producción establecidas en el modelo.

Durante el año 2014, tras la correspondiente negociación, se incorporará la Cuenta de Resultados Provisional a las UGC en las que la información de cada líneas de producción es suficiente, fiable y válida.

El resultado del balance de la Cuenta de Resultados (diferencia entre ingresos y gastos por producción clínica) repercutirá en el CRP de la UGC en un +15%, en principio, sólo en el año 2014.

El balance positivo (menos gastos que ingresos) solo se aplicará si se han cumplido los objetivos de resultado clínico directamente relacionados con las decisiones adoptadas en los planes de ajuste de gasto.