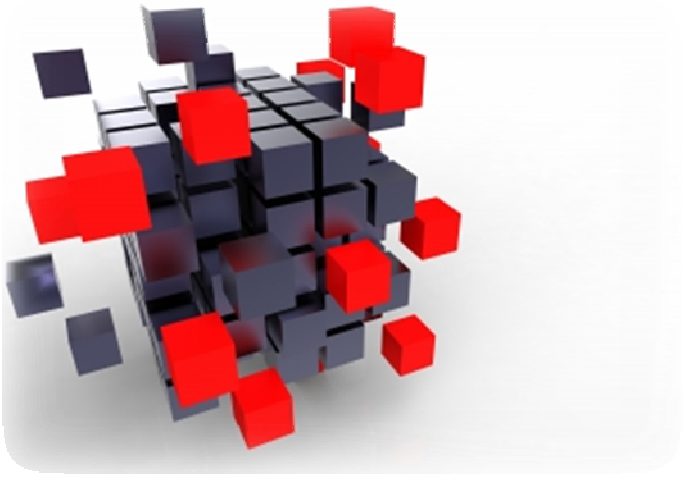
Acuerdo de Gestión Cínica 2017

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código SIAGC:UGC000036

Hospital Universitario Reina Sofía.

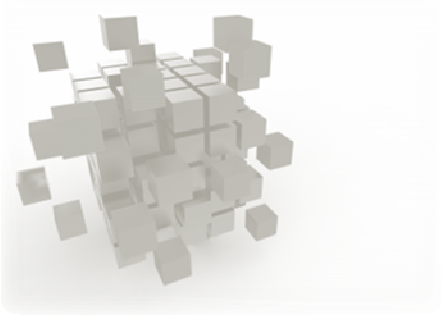
Córdoba



Dirección Gerencia Servicio Andaluz de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

Dirección de Innovaciones en Gestión Clínica



Diseño y maquetación: EASP

Ilustración de cubierta: Ventrilock, www.freedigitalphotos.net

Córdoba 22 de diciembre de 2016

Reunidos

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

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación Dña. Marina Álvarez Benito, en calidad de Director/a Gerente.

Acuerdan

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2017.

Director / Responsable de la Unidad

Fdo.: Julián de la Torre Cisneros

La Directora Gerente del Hospital

Fdo.: Marina Álvarez Benito

Enfermera Supervisora

Fdo.: Maria Jesús Romero Muñóz

INTRODUCCIÓN

La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud atribuye una importancia capital a que los acuerdos de gestión clínica (AGC) profundicen en el avance en el cambio organizativo hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, donde destaca:

- La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.
- Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SSPA.

Por ello y como resultado de la experiencia acumulada en los años precedentes por las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud (SAS), mantienen en el Acuerdo de Gestión los aspectos relevantes iniciados en el año 2015 para la consolidación de la gestión clínica, específicamente:

A. Los resultados más relevantes y significativos obtenidos en los últimos cinco años: índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y de gestión económica y algunos indicadores clave de resultados que expresen el esfuerzo ya realizado y que orienten el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.

B. Los criterios que se han seguido y se han de reforzar para la constitución de una arquitectura sólida y evaluable de UGC, describiendo la estrategia de la Dirección Corporativa para su identificación y aplicación con carácter transparente.

   En el caso específico de las UGC Inter Centros y de las unidades constituidas por más de un área de conocimiento deben incorporar información clara y relevante sobre:

   - La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios (distribución - ubicación territorial y sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios).
   - La forma en que se organiza la Unidad en su conjunto (recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación) para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
   - Valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.

C. El sistema de Gobierno Clínico de las UGC que la Dirección Corporativa promueve como elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización.

D. La apuesta decidida por seleccionar e implantar objetivos de resultado en salud y / o clínicos normalizados, que concentren los esfuerzos de los profesionales e identifiquen su impacto en la población andaluza, con especial significación de la eliminación de la práctica clínica, de lo que “no es correcto hacer”.

Este modelo actualizado de Acuerdo de Gestión Clínica pretende primar la selección de la actividad eficiente, basándose en una oferta de servicios organizada de forma innovadora, donde los criterios de productividad sean la consecuencia de un análisis riguroso que permita identificar, implantar y alcanzar aquellas actividades y servicios que más pueden beneficiar a la población atendida, medidos por la consecución de resultados clínicos y su impacto en salud sanitariamente dependiente.

Para ello, se estructura el Acuerdo de Gestión Clínica 2017 de las Unidades Clínicas del Servicio Andaluz de Salud alrededor de seis apartados:

1. Evolución histórica de la UGC.
2. Justificación de la constitución de la UGC.
3. Sistema de Gobierno Clínico.
4. Objetivos orientados a resultados (este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,75).

   4.1. Objetivos Comunes (50 % del peso total).
   - a) Capítulo I
   - b) Accesibilidad
   - c) Otros objetivos relacionados con la actividad y producción asistencial
   - d) Objetivos Estratégicos de Resultado Clínico / en Salud
   - e) Orientación al Ciudadano
   - f) Investigación e Innovación
   - g) Cronicidad

   4.2. Específicos (50 % del peso total)
   - a) De resultado clínico / en salud
   - b) Sobre “dejar de hacer”
   - c) Compartidos con otras Unidades

   Los pesos de los apartados a) más b) supondrán el 85% del peso asignado a los objetivos específicos, no pudiendo ser 0 ninguno de los dos apartados.

   El peso del apartado c) supondrá el 15% del peso asignado a los objetivos específicos.

   En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “c”, los pesos de este apartado pasarán a los apartados “a” y/o “b”.

5. Objetivos Críticos (este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25).

   5.1. Objetivos orientados al control de los consumos de material para la realización de la práctica asistencial de imputación directa a las UGC, indicaciones de ortopedia y de transporte no sanitario. (Cap. II y IV, sin farmacia).

5.2. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica.

a) Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo).
b) Indicadores cualitativos (Índice sintético de calidad, prescripción por principio activo, etc.).

Se proporcionará una tabla orientativa y con los pesos a adjudicar a cada UGC para los objetivos incluidos en los puntos 5.1 y 5.2.

6. Anexos que recogen fichas e instrumentos necesarios para cumplimentar homogéneamente los apartados de Justificación de la Unidad (Anexo I), Gobernanza Clínica (Anexo II), Objetivos específicos (Anexos IIIa, IIIb, IV, V y VI), Reingresos por todas las causas. Aclaraciones (Anexo VII).

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

AÑO DE CONSTITUCIÓN: **2005**

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NIVEL DE ACREDITACIÓN ALCANZADO	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II	**NIVEL II**	**NIVEL II**
PUNTUACIÓN GLOBAL DE LA UNIDAD (CRP) [(1)]	9.16	9.95	9.96	9.34	9.89	8.65
IUE	0.97	0.88	1.02	0.96	0.86	0.98
ÍNDICE CASUÍSTICO	2.57	3.04	2.59	2.61	2.37	2.51
ESTANCIAS EVITABLES	-143	-445	+51	-134	-499	-66
% REINGRESOS	1.17	1.91	0	1.47	1.31	3.42
% MORTALIDAD	4.39	5.34	6	3.37	4.54	3.99
% PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO	NO DATOS	NO DATOS	91.11	92.09	93.89	95.73

(1)Entre paréntesis: puntuación original, sin aplicación del factor de corrección.

En el caso de que la UGC haya cambiado su constitución especificar a partir de qué año.

2.SISTEMA DE GOBIERNO CLÍNICO DE LAUNIDAD (GOBERNANZA)

La UGC se compromete a instaurar un sistema de gobierno clínico, caracterizado por:

1. Existencia de una dirección profesional:

Única / Liderada por: Julián de la Torre Cisneros

La dirección debe estar basada en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y de gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido, que ha de ser conocido por todos los profesionales que componen la Unidad.

2. La dirección profesional de la Unidad estará orientada (así como su continuidad condicionada) a:

    a. La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes.

    b. La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales, dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste).

    c. Definición y compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas.

    d. Gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad.

3. Debe existir una Comisión de Dirección de la Unidad:

    a. Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento

    b. Cuyas decisiones se relacionen coherentemente con los subapartados del punto 2.

    c. Y cuyas decisiones sean vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento.

4. La dirección deberá propiciar la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad, en las decisiones de la misma que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:

        – Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social

- Movimientos de “pacientes activos / expertos”
- Evaluación de procesos a través de los pacientes
- Grupos focales
- Otras fórmulas de participación propuestas por los servicios de apoyo.

5. La dirección de la UGC debe propiciar la existencia de un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:

   - Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency forHealthCareResearchQuality (AHRQ).
   - Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científicos y socialmente reconocidos y contrastables.
   - Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (SAS) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad.
   - Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad.

El cumplimiento de los aspectos definidos para el sistema de Gobernanza Clínica de las Unidades de Gestión Clínica, han de suponer, en general, un salto cualitativo respecto a situaciones previas.

Además, se hace necesaria una evaluación rigurosa y objetiva del sistema de Gobernanza que permita comprobar la incorporación de todos sus elementos de forma progresiva y continua, dentro de plazos de tiempos lógicos y previamente establecidos por la Dirección Corporativa del SAS, así como el mantenimiento de los mismos en el tiempo (Anexo II).

La visión que guía dicho Sistema de Gobernanza es avanzar, de forma continua y según las innovaciones e incorporación de nuevos instrumentos de gestión clínica, hacia la sostenibilidad del Sistema desde la credibilidad generada por sus profesionales, es decir, avanzar de abajo – arriba.

En la evaluación del Director/a/responsable de la UGC se tendrá en cuenta el cumplimiento o no de estos aspectos.

4. OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

4.1. OBJETIVOS COMUNES (supondrán el 50 % del peso total)

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,75.

Área: Capítulo I

Objetivo Común 1.1. Cumplimiento del Presupuesto asignado en Capítulo I

La UGC se marca como Objetivo para el año 2017 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I.

Capítulo I	Objetivo
UGC INFECCIOSAS	**PENDIENTE**

Indicador	**Capítulo I**
Fórmula	Gasto 2017 en Capítulo I de la UGC <= Presupuesto asignado en Cap. I para 2017.
Fuente	Gerhonte / COAN
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**	Si cumple - No cumple
Observaciones	La cantidad asignada en Capítulo I será facilitada por la DEA y será objeto de revisión a lo largo del año 2017 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

Objetivo Común nº 1.2. Control del Absentismo

La UGC se marca como Objetivo para el año 2017 controlar el absentismo del personal de la unidad.

Indicador	**Porcentaje de Absentismo**
Fórmula	Días de absentismo * 100 / Días potenciales de trabajo.
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: ACCESIBILIDAD

Objetivo Común nº 2.1. Gestión de la Lista de espera en Primeras Consultas

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 60 días.

Indicador	**Demora en primeras consultas.**
Fórmula	Media de los 52 valores semanales.
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación de INFHOS e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso	6
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	30 días -60 días

Lista de Espera en Primeras Consultas	
Nº de Días de Demora	**Función de Valor**
<= 30	10
31 - 33	9
34- 36	8
37 - 39	7
40 - 42	6
43 - 45	5
46 - 48	4
49 - 51	3
52 - 55	2
56 - 60	1
> 60	0

Objetivo Común nº 2.2. Gestión de las Citas Sucesivas

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas por la propia UGC.

Indicador	**Porcentajes de citas de consultas sucesivas gestionadas desde la UGC**
Fórmula	Nº consultas sucesivas asignadas por la Unidad de Gestión Clínica * 100 / Total consultas sucesivas asignadas.
Fuente	MTI-Citas
Metodología de Evaluación	Explotación a través de MTI-Citas o informe del servicio de SS II.
Peso	6
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	90% - 50%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual. En caso de que la cita sea dada por el administrativo, éste se ajustará a la fecha programada por el facultativo, aunque para ello tenga que ampliar la agenda.

Objetivo Común nº 2.3. Gestión de las Citas para recogida de resultados

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 gestionar las citas de recogidas de resultados y elaboración de informes de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas en menos de 45 días.

Indicador	**Gestión de citas de Recogida de Resultados y Elaboración de Informes.**
Fórmula	Nº total citas Recogida de Resultados + Elaboración de Informes < 45 días *100 / nº total Recogida de Resultados + Elaboración de Informes.
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación a través de BBDD de INFHOS
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	75% - 50%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual.

ÁREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Objetivo Común nº 3.1. Gestión adecuada de las Estancias

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90 y mantener o reducir, según el valor de partida, del nº de estancias evitables.

Peso total del Objetivo	8

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 3.1.1.			**Índice de utilización de estancias**				
UGC INFECCIOSAS	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
	0.89	0.97	0.88	1.02	0.96	0.86	0.98
Fórmula	Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz						
Fuente	CMBDH/ Servicio de Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica						
Metodología de evaluación	CMBD e Informe del Servicio de						

	Documentación Clínica
Peso	50% del peso total del objetivo
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	0,90 – 1

Indicador 3.1.2.					Número de estancias evitables		
UGC INFECCIOSAS	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Estancias evitables	**-566**	**-143.64**	**-445**	**+51**	**-134**	**-499**	**-66**
Fórmula					Número de Estancias evitables 2017 = nº de estancias observadas – nº de estancias esperadas bajo el estándar andaluz, RESPECTO AL DATO 2014		
Fuente					CMBD		
Metodología de evaluación					Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido		
Peso					50% del peso total del objetivo		
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**					100-110% (cumple si igual o inferior a -499/No cumple si incrementa un 10% sobre el resultado 2014)		

ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD

- **Objetivo Estratégico 4.4: disminución de la tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa (ver método de cálculo en Anexo VII).**

Los casos iniciales y reingresos serán facilitados por el Servicio de Admisión y Documentación de los Hospitales a las UGCs hospitalarias implicadas y a los Distritos para su distribución a las UGCs de AP.

Indicador	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
% Reingresos	**5.39**	**3.77**	**3.39**	**1.17**	**1.91**	**0**	**1.47**	**-**	**3.42**

Indicador	**Disminución de la tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa**
Fórmula	Disminución de la tasa de reingresos por cualquier causa a los 30 días respecto a 2015

Fuente de información	Análisis del CMBD e informe emitido por la unidad de calidad y documentación clínica
Peso del indicador	4
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	0-3%

Objetivo Común nº 4.11. Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas

Peso total del Objetivo	2

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 4.11.1.	Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria
Fórmula	Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en unidades médicas, unidades quirúrgicas y Cuidados Intensivos adultos * 100 / Número de pacientes ingresados en unidades médicas, unidades quirúrgicas y UCI adultos
Fuente de información	DAH y CMBD
Peso	100% del peso total del objetivo
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	Unidades Médicas, Quirúrgicas o Medicoquirúrgicas:2%- 5%

ÁREA: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

Proyecto SÍSIFO: Es un Programa interdisciplinar de apoyo social a pacientes infectados por el VIH con barreras sociales, con el que se pretende mejorar de forma significativa la eficacia de la adherencia al TAR (Tratamiento antirretroviral).

- **Objetivo Común mejorar la correcta adherencia al seguimiento en consultas externas de pacientes con riesgo de exclusión social mediante un programa de colaboración entre el personal de la UGC de Enfermedades infecciosas con el voluntariado de Caritas.**

Indicador	Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que acuden a las consultas programadas
Fórmula	Pacientes que acuden a las visitas programadas/ pacientes incluidos en el programa x 100.
Fuente de información	Registros internos. Actas de las reuniones realizadas
Peso	3
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	90%/ 70%

ÁREA: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

La UGC desarrolla su investigación en las siguientes líneas (cumplimentar en el caso que tenga alguna línea activa):

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

Objetivo Común nº 6.1. Mejorar la producción científica

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 mejorar la producción científica de sus profesionales.

Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas del *JournalCitationReports*o la media del Factor de Impacto de los años 2014 y 2015, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

Los límites superior e inferior de los siguientes objetivos serán distintos para cada UGC y se establecerán por la Dirección en función de la trayectoria de la Unidad en Investigación.

Indicador	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2017): Suma del Factor de Impacto de los artículos **ya publicados** en ese año utilizando como valor el que se haya recogido en el JournalCitationReport del año anterior. b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2015 y 2016).
Fórmula	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2017): para revistas publicadas en Pub-Med. b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2015 y 2016
Fuente	Pub-Med

Peso	8
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 de acuerdo con las Instrucciones recogidas en la Resolución SA 0437/13 de 4 de julio de la Dirección-Gerencia del SAS sobre Referencias de afiliación e identificación de autores en las publicaciones de documentos científicos.
Publicaciones que no se consideran	Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.

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.

Compensaciones

Cualquiera de los siguientes logros de la Unidad supondrá compensar con el 100% de la puntuación total.

- ¬ Disponer de un Investigador contratado a través de convocatoria competitiva.
- ¬ Participar en Centros o Redes de investigación cooperativa (CIBER, RETICS, Grupos SSPA y Redes internacionales.
- ¬ Presentar o participar en la presentación de proyectos internacionales.
- ¬ Participar en ensayos clínicos independientes.
- ¬ Publicar en revistas de Q1.
- ¬ Disponer de Registros originales de la propiedad intelectual e industrial o transferencias de tecnología.
- ¬ Conseguir un Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.

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

- Solicitar una patente o registro compensa 10 puntos.
- Un trabajo en primer decil, 2 en primer cuartil o 4 en segundo cuartil equivale a 5 puntos de impacto.
- 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 la Fundación Gestora de la Investigación, compensan2 puntos de impacto).

OTRAS ÁREAS

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ámbito de aplicación

Unidad de Enfermedades infecciosas

Objetivo Común nº 7.1: Validación de antibióticos de uso restringido en el programa PROVAUR

Indicador	**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	Farmacia
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	3.5
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	95% - 80%

Objetivo Común nº 8.4. Plan de Atención a Cuidadoras Principales

Indicador 1	**Informar de las actuaciones llevadas a cabo en relación a la tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados**
Fórmula	Evaluación de las actividades en relación a la Tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados implantadas y/o desarrolladas en la Unidad, en el periodo evaluado
Fuente	Dirección de la UGC
Metodología de Evaluación	Informe con resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	Si cumple/No cumple

Objetivo Común nº 8.5. Garantizar el Uso y aplicación adecuados de los sistemas de información del Centro

Indicador 1	**Episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus.**
Fórmula	Numero de episodios asociados a la UGC con camas asignadas con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus/total de episodios asociados a la UGC con camas asignadas
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación de DAN e Informe con resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	95%/65%

Indicador 2	**Episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución respecto al total de citas realizadas según INFHOS**
Fórmula	Nº de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución/ total de episodios de consulta

Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	90%/65%

- **Objetivo Común nº 8.8. Adoptar medidas que garanticen la conciliación de la medicación al ingreso y al alta en la atención hospitalaria.**

Indicador	**Conciliación de la medicación**
Fórmula	No aplica
Fuente	Dirección UGC
Metodología de Evaluación	Auditoría de Historia de Salud e informe de la Dirección de la Unidad con el resultado obtenido y con las medidas de mejora adoptadas para mejorar la conciliación en el segundo semestre del año con respecto al primero y al finalizar el segundo semestre Informe de la Unidad que especifique las medidas adoptadas para garantizar la conciliación de la medicación. Se incluirá resultado de autoauditoría con el porcentaje de pacientes a los que se les realiza la conciliación de la medicación al ingreso, así como el porcentaje de pacientes a los que se les realiza la conciliación al alta POR SEMESTRE. Se deben incluir además las medidas adoptadas para mejorar la conciliación en el segundo semestre con respecto al primero y al finalizar el segundo semestre.
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	Si cumple/No cumple

- **Objetivo Común:** Objetivo de cumplimiento de la vigilancia, prevención y control de nuevas infecciones por VIH y coinfecciones asociadas

Indicador 1	Numero de sesiones informativas realizadas cada año sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida. Deben estar en dichas sesiones informativas Atención Primara

Fórmula	Número de sesiones informativas realizadas cada año sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida.
Fuente	Dirección de la UGC
Metodología de Evaluación	Informe de la UGC y actas de reuniones o sesiones informativas con UGC Asistenciales sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	6 reuniones/3 reuniones

Objetivo Común. Adoptar medidas que garanticen la mejora la higiene de manos

INDICADOR 8.14.1	**Observación de higiene de manos: nº de observaciones realizadas**
Fórmula	Nº de observaciones con correcta higiene de manos * 100 /nº total de observaciones realizadas.
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	95% - 55.96%

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (supondrán el 50 % del peso total)

Objetivos específicos "de resultados en salud"

Objetivo específico nº 9.1

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Mortalidad de la infección por Klebsiella pneumoniae KPC
Datos e indicadores en los que se sustenta
Mortalidad cohorte KAPECOR
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Evaluación individualizada de todos los casos de infección activa para indicar el mejor tratamiento antibiótico disponible para cada caso.
Razonamiento que justifica la intervención
Un tratamiento empírico precoz y adecuado y un tratamiento dirigido activo son aspectos esenciales del mejor cuidado de estos pacientes y debe repercutir en el pronóstico de la infección.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Reunión diaria con microbiología para discutir los casos nuevos con diagnóstico microbiológico. **Valoración precoz de los pacientes para decidir cual es caso activo, en colaboración con el médico responsable.** **Diseño de un plan terapéutico adaptado a las sensibilidades de la cepa aislada en colaboración con el médico responsable.** **Seguimiento del paciente hasta la resolución del caso.** **Responsable: Dr. Julián de la Torre Cisneros**
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO ¡Error! Nombre desconocido de propiedad de documento. RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
La mortalidad cruda a los 14 días de las infecciones activas por Klebsiella KPC serán <50%.
Peso que se le asignaría al Objetivo:7
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: Mortalidad cruda a los 14 días **Fuente: CMBD** **Metodología de evaluación: evaluación de la mortalidad del listado de pacientes seguidos por la UGC en el año 2017.** **Límite inferior/Límite superior: 30/50%**
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. Creo que son UCI y Cirugía General
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Colaboración de microbiología.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 9. 2

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Consumo de carbapenemas (meropenem)
Datos e indicadores en los que se sustenta
Datos de consumo global generados por la UGC de Farmacia DDD/1000 estancias
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Estabilización del consumo de carbapenemas en el marco del PROVAUR.
Razonamiento que justifica la intervención
La reducción del consumo de carbapenemas es un factor esencial para reducir la aparición de Enterobacterias resistentes a carbapenemas (como la Klebsiella KPC)
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Inclusión de los carbapenemas en el PROVAUR. Seguimiento activo y valoración de casos
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD.
Reducción del consumo de carbapenemas (meropenem).
Peso que se le asignaría al Objetivo: 7
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: Consumo de carbapenemas (meropenem) del HURS en DDD/1000e en el año 2017 **Fuente: Registro de Farmacia** **Metodología de evaluación: Consulta de registros** **Límite inferior/Límite superior: 25/30 DDDS/1000 ESTANCIAS**
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:
Mantenimiento del programa Provaur.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 9.3

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Consumo de quinolonas (Levofloxacino + Ciprofloxacino)
Datos e indicadores en los que se sustenta
Datos de consumo global generados por la UGC de Farmacia DDD/1000 estancias
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Estabilización del consumo de quinolonas en el marco del PROVAUR.
Razonamiento que justifica la intervención
La reducción del consumo de quinolonas es un factor esencial para reducir la aparición de EnterobacteriasBLEE.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Protocolización de la indicación de quinolonas en los servicios más prescriptores.
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD.
Reducción del consumo de quinolonas
Peso que se le asignaría al Objetivo: 7
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: Consumo de quinolonas (levofloxacino + ciprofloxacino) del HURS en DDD/1000e en el año 2017 **Fuente: Registro de Farmacia** **Metodología de evaluación: Consulta de registros** **Límite inferior/Límite superior: 110/130 DDDS/1000 ESTANCIAS**
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:
Mantenimiento del programa Provaur.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 9. 4

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Evitar la transmisión materno-fetal del VIH en mujeres en seguimiento en nuestra Unidad. Lograr que las pacientes con VIH lleguen al parto con carga viral de VIH inferior a 50 copias/mL.(CODIGO ENF INF 012.04; HURS 000061)
Datos e indicadores en los que se sustenta
En el año 2013 se logro en el 100%. Dada la trascendencia clínica del objetivo y que esta recomendado su mantenimiento en el PAI VIH-SIDA, proponemos su continuidad.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Identificación precoz de los embarazos para indicar tratamiento antirretroviral que permita que el niño no nazca infectado
Razonamiento que justifica la intervención
Evitar la transmisión vertical del la infección VIH
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Coordinación con la UGC de la mujer, aplicación de las recomendaciones GESIDA sobre tratamiento antirretroviral en embarazadas. **Responsable: Dr Antonio Rivero**
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO ¡Error! Nombre desconocido de propiedad de documento. RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Que las embarazadas infectadas por el VIH en seguimiento en nuestra Unidad lleguen al parto con carga viral inferior a 50 copias/mL
Peso que se le asignaría al Objetivo: 7
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: % de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH < 50 copial/mL **Fuente: 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 / Límite Inferior: 100%/80%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Mantener programa de prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 9. 5

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Aplicación de Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) a los pacientes tratados en el Hospital de Día de la Unidad.
Datos e indicadores en los que se sustenta
No existen datos previos
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Estandarizar el cuidado enfermeros de los pacientes atendidos en Hospital de día
Razonamiento que justifica la intervención
Actualmente no existe un seguimiento estandarizado de los pacientes atendidos en hospital de día para cuidados enfermeros. Los pacientes son citados en una agenda no especifica y no existen notas de seguimiento
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Durante el primer semestre de año: (1) se realizará un protocolo estandarizado del seguimiento enfermero de estos pacientes (PCE); (2) se abrirá una agenda especifica de enfermería de hospital de día **Responsable: Supervisión de la Unidad.**
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Desarrollar proceso enfermero en pacientes tratados en el Hospital de Día de la Unidad.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 7
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: Numerador: Nº de veces que se ha aplicado el PCE **Denominador: Nº de pacientes citados en agenda de enfermería de HD / 100** **Fuente: Sistemas de Información** **Metodología de evaluación: Auditoria externa de los pacientes atendidos en el cuarto trimestre del 2017** **Límite inferior/Límite superior: 70% / 85%**

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:
Apertura de la agenda especifica. **Autorización para que los enfermeros realicen evoluciones en el programa que se establezca para ello.**

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 9.6.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Ofrecer tratamiento a todos los pacientes cirróticos coinfectados con VIH/VHC con antivirales de acción directa
Datos e indicadores en los que se sustenta
No existen indicadores
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Siguiendo las indicaciones del plan estratégico andaluz la UGC tratará a los pacientes cirróticos coinfectados con VIH/VHC en el menor plazo posible.
Razonamiento que justifica la intervención
Existen evidencias científicas del beneficio de estos tratamientos. El Plan estratégico andaluz y nacional lo considera una prioridad.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Reorganización asistencial de la UGC para tener consultas especificas destinadas al tratamiento del VHC. **Responsable: Antonio Rivero Román**
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Porcentaje de pacientes VIH positivos con cirrosis por VHC a los que se les ha ofrecido tratamiento con antivirales de acción directa al final del 2016.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 7
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador. Pacientes coinfectados y con fibrosis F3-F4 tratados con antivirales de acción directa **Fórmula: Pacientes coinfectados F3-F4 a los que se ofrece tratamiento/ total de pacientes coinfectados F3-F4 x100.** **Fuente: Pacientes coinfectados y registro de fibrosis: UGC de EI; pacientes tratados: Registro de farmacia y historia clínica en los que se han negado a tratarse.** **Metodología de Evaluación: Explotación de los registros** **Límite superior/limite inferior: 90%/80%** **Peso: 6 puntos**

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 7 OBJETIVOS COMPARTIDOS

Índice Sintético de Cumplimento de Objetivos Compartidos / Vinculantes con otras unidades

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2017 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: 8

Cuadro Resumen de indicadores incluidos

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS:
UGC UCI	Valoración diaria de los tratamiento antibióticos de UCI	**2**
UGC UCI	participar diariamente en la comisión para control de la infecciones multiresistentes establecida por la dirección asistencial,	**2**
UGC Preventiva	participar diariamente en la comisión para control de la infecciones multirresitentes establecida por la dirección asistencial,	**2**
UGC Microbiología	participar diariamente en la comisión para control de la infecciones multirresitentes establecida por la dirección asistencial,	**2**
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		**8**

5. OBJETIVOS CRÍTICOS

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25.

Objetivo Crítico nº 12.1. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo)

Indicador	**CONSUMO INTERNO FARMACIA**
Fórmula	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Farmacia
	Informe de resultados por parte de la UGC Farmacia
Peso	90
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	10/0

Objetivo Crítico nº 12.2. Cumplir con el Índice sintético de calidad de la prescripción.

Indicador	**INDICE SINTÉTICO DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN**
Fórmula	Numerador: Sumatorio de los resultados obtenidos en los diferentes subindicadores en los cuales la unidad tenga un numero de recetas superior a 30 Denominador: Número de subindicadores del índice sintético en los cuales la unidad tenga más de 30 recetas
Fuente	Farmacia
Peso	3
Nota	Cada Subindicador se valorará de 0 a 10 en función de los límites establecidos para cada subindicador del contrato programa (Ver tabla adjunta)
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	10/3

Contrato Programa 2017. Farmacia. Indice Sintético de Calidad. Atención Hospitalaria					
Objetivo		Indicador	Ponde-ración	Mínimo	Óptimo
Digestivo	**Inhibidores de la bomba de protones (IBP)**	% DDD omeprazol/ DDD IBP	0,75	79	90
Diabetes	**Antidiabéticos de segundo escalón**	% DDD de gliclazida + glipizida + glimepiride/ DDD antidiabéticos excl. insulinas y metformina	1,75	10	40
	Insulinas de elección	% DDD insulinas intermedias + bifasicas/ DDD insulinas excl. insulinas rapidas	0,75	13	40
Riesgo Cardiovascular	**Hipolipemiantes**	% UD simvastatina + atorvastatina >= 40 mg/ UD hipolipemiantes	1,25	43	60
	Antihipertensivos del eje renina-angiotensina (I)	% DDD IECA solos o asociados a tiazidas/ DDD antihipertensivos del eje renina-angiotensina	1	45	58
	Antihipertensivos del eje renina-angiotensina (II)	% DDD losartan solo o asociado a tiazidas/ DDD ARA II	0,75	21	40
Salud mental	**Antidepresivos (I)**	% DDD ISRS/ DDD antidepresivos de 2ª generación excl. trazodona	0,75	60	75
	Antidepresivos (II)	% DDD citalopram + fluoxetina + sertralina/ DDD ISRS	0,25	53	72
Dolor	**AINE**	% DDD ibuprofeno + naproxeno/ DDD AINE	0,5	43	75
	Opioides	% DDD morfina/ DDD opioides mayores	1	4	15
Próstata	**Medicamentos para HBP**	% DDD doxazosina + alfuzosina + terazosina + prazosina + tamsulosina + finasteride/ DDD medicamentos para HBP	0,5	37	56
Antihistamínicos	**Antihistamínicos sistémicos**	% DDD loratadina + cetirizina/ DDD antihistamínicos de 2ª generación	0,25	10	30
Fracturas	**Medicamentos para la prevención de fracturas**	% DDD alendrónico (monofármaco)/ DDD bifosfonatos + calcitoninas + raloxifeno + bazedoxifeno + denosumab + ranelato de estroncio + teriparatida + PTH	0,5	15	52
ISC-AH			**10**	**3**	**10**

NOTA: Con respecto al CP 2016, se ha eliminado el indicador de inmunosupresores y su ponderación se añade al indicador de opioides. Se baja el mínimo del ISC-AH a 3.

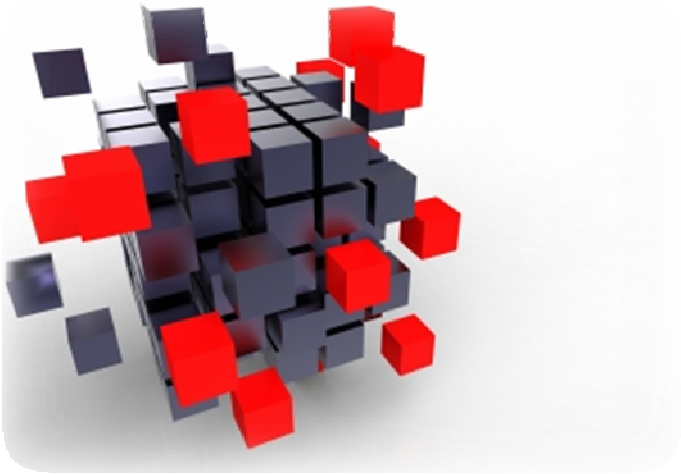
Objetivo Crítico nº 12.3. Receta XXI

Indicador	RECETA XXI
Fórmula	Prescripción con receta XXI sobre el total de recetas
Fuente	Farmacia
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	95%/50%

Objetivo Crítico nº 12.5. PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

Indicador	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO
Fórmula	Prescripción por principio activo sobre el total de recetas
Fuente	Farmacia
Peso	5
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	96%/88%

6. ANEXOS



ANEXO II

Autoevaluación del sistema de gobernanza clínica de las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud

Marque con una "x" la existencia de cada una de las características esenciales del sistema de gobernanza clínica (SGC) en su unidad de gestión clínica.

1. ¿Existe una dirección profesional?:

A. Única: Sí

B. La dirección profesional, ¿se basa en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y aceptación del liderazgo y gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido? Sí

En caso afirmativo, dicho documento de gestión, ¿es conocido por todos los profesionales que componen la Unidad? Sí

2. La Dirección profesional de la Unidad está orientada a:

- ¿La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes? Sí
- ¿La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales – dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste)? Sí
- ¿La definición y el compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas? Sí
- ¿La gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad? Sí

3. ¿Existe una Comisión de Dirección de la Unidad?: Sí

En caso afirmativo:

- La Comisión de Dirección de la Unidad, ¿está Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento? Sí
- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿se relacionan coherentemente con los subapartados del punto 2? Sí

- ¬ Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿son vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento tanto específico como compartido? Sí

4. ¿Existe un sistema de participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad en las decisiones que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a...

- ¬ Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalente o de especial impacto social? Sí
- ¬ Movimientos de "pacientes activos / expertos"?: No
- ¬ Foros Asesores de ciudadanos?: No
- ¬ Técnicas de Grupo Nominal con usuarios? No
- ¬ Otros (especificar):

5. Existe un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:

- ¬ Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency forHealthCareResearchQuality (AHRQ). Sí
- ¬ Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científicas y socialmente reconocidas y contrastables. Sí
- ¬ Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (SAS) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad. Sí
- ¬ Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad. Sí

En caso de que alguna de las características esenciales del SGC de mi unidad no se cumpla, acepto el compromiso de:

¬ Que todas las características esenciales del SGC de mi unidad de gestión clínica, estarán desarrolladas y serán efectivas:

Antes de

¬ Facilitar la evaluación externa por la DG asistencia sanitaria y la ACSA del SGC de mi unidad y en caso necesario, poner en marcha las intervenciones necesarias para superar las no conformidades detectadas.

ANEXO V

Metodología de evaluación de los objetivos específicos del tipo "dejar de hacer"

Muestreo para la aceptación de lotes (Método LQAS) [1]

Condiciones de aplicación (Distribución Prob. Binomial):

- Utiliza tamaños muéstrales muy reducidos. La muestra no debe ser > al 10% de la población (siempre mayor de 30 casos).
- La variable que se evalúa sólo puede tener dos valores posibles (cumple/no cumple; acierto/fallo).
- Cada uno de las unidades a evaluar es independiente de las otras.
- La probabilidad de Cumplimiento/Incumplimiento es la misma para cada uno de los casos.

TABLA ABREVIADA PARA USO DE LA DISTRIBUCION BINOMINAL EN ESTUDIO DE MONITORIZACION DE CALIDAD (n <10% N)

(n) tamaño muestra / (a)nº de fallos																			
	50	29	19	14	11	9	7	6	5	5	4	4	3	3	3	2	2	2	1
0	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
	0,0770	0,0471	0,0456	0,0440	0,0422	0,0404	0,0490	0,0467	0,0503	0,0812	0,0410	0,0256	0,0429	0,0270	0,0156	0,04	0,0225	0,0100	0,0500
1	90%	85%	75%	70%	60%	55%	45%	40%	35%	35%	25%	20%	10%						
	0,0290	0,0459	0,0268	0,0470	0,0266	0,0339	0,0320	0,0369	0,0487	0,0487	0,0469	0,0256	0,027						
2	85%	80%	70%	60%	50%	45%	35%	25%	15%										
	0,0110	0,0393	0,0358	0,032	0,0268	0,0407	0,0466	0,0330	0,0244										
3	85%	75%	65%	55%	45%	35%	25%	15%											
	0,0320	0,0322	0,0422	0,0460	0,0462	0,0424	0,0286	0,0414											
4	80%	70%	60%	45%	35%	25%	10%												
	0,0120	0,0258	0,0422	0,0320	0,0379	0,0389	0,0230												
5	80%	65%	55%	40%	25%	15%													
	0,0300	0,0202	0,0497	0,040	0,0267	0,0283													
6	75%	60%	50%	35%	20%														
	0,0120	0,0435	0,052	0,0510	0,0387														
7	75%	60%	45%	25%	15%														
	0,0260	0,0327	0,0530	0,0280	0,0535														
8	75%	55%	40%	20%	5%														
	0,0470	0,0260	0,0530	0,0320	0,0136														
9	70%	55%	35%	15%															
	0,0220	0,0480	0,0520	0,0350															
10	70%	50%	30%	10%															
	0,0390	0,0370	0,051	0,0350															
11	65%	45%	25%																
	0,0180	0,0280	0,0480																
12	65%	45%	20%																
	0,0320	0,058	0,0450																
13	65%	40%	15%																
	0,0500	0,0380	0,0038																

[1] La distribución binomial y el muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) como métodos de monitorización en servicios de salud. Pedro J. Saturno Hernández U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Murcia.

Metodología de evaluación	Auditoría de 19 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente (tamaño calculado mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes).

ANEXO VII

Reingresos por todas las causas. Aclaraciones

Traducido del documento técnico de la AHRQ [2]

1. Marco temporal: 30 días tras el alta.

Entre las razones que justifican este marco temporal se encuentran:

Dentro de este marco, las readmisiones tienen mayor probabilidad de ser atribuidas a los cuidados recibidos durante la hospitalización inicial y durante la transición al entorno de atención primaria.

Varios estudios (citas 19, 20, 22, 27 a 34, 38 del documento técnico) demuestran que las mejoras de los cuidados en el momento del alta del paciente pueden reducir las tasas de reingresos no programados a los 30 días del alta.

El Hospital, en colaboración con las comunidades que atienden, puede adoptar diferentes acciones que reduzcan las readmisiones:

- Asegurar que los pacientes están clínicamente preparados para afrontar y resolver los problemas derivados del proceso / procedimiento por el que han estado ingresados y que pudieran presentarse (signos y síntomas de alerta, cuidados a seguir).
- Reducir los riesgos de infección.
- Conciliar las medicaciones.
- Mejorar la comunicación entre los proveedores de cuidados que participan en el proceso de transición entre hospital y atención primaria.
- Fomentar (elaborar) estrategias que sigan los principios de gestión de enfermedades.
- Educar a los pacientes sobre los síntomas a monitorizar, especificar a quién contactar en caso de dudas o preguntas, y dónde y cuándo buscar atención médica de seguimiento (cuidados de seguimiento).

Los estudios citados muestran también que los beneficios de dichas intervenciones pueden tardar más de 14 días en notarse (cita 39).

2Hospital-wide All-cause Unplanned Readmission Measure. Final Technical Report. Submitted by Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research & Evaluation. July 2012 (Páginas 15, 18, 19 – 22, 29 - 31)

2. Reingresos por cualquier causa

Las razones para incluir en el indicador los reingresos por "cualquier causa" o por todas las causas (*"all-cause readmisión"*) **en lugar de los reingresos relacionados con la hospitalización previa**, son:

1º Desde la perspectiva del paciente, cualquier motivo de readmisión es probablemente un resultado indeseable de la prestación de cuidados.

Además, los reingresos por cualquier razón exponen a los pacientes a los riesgos asociados a la hospitalización, tales como errores de iatrogenia.

2º No existe ningún método confiable que permita determinar si un reingreso está relacionado con la hospitalización previa, basándose en causas documentadas de readmisión. Por ejemplo, un paciente con ictus que desarrolla neumonía por aspiración, puede finalmente ser readmitido al hospital por distrés respiratorio. Sería inapropiado considerar esta readmisión como no relacionada con los cuidados recibidos por el ictus.

3º El rango de reingresos potencialmente evitables también incluye aquellos no directamente relacionados con la condición de ingreso inicial, tales como: los derivadas de errores de conciliación de medicación, pobre comunicación entre proveedores al alta o inadecuado seguimiento post-alta. Crear una lista exhaustiva de reingresos potencialmente evitables relacionados con las condiciones de hospitalización previas sería arbitrario y, por último, difícil de implementar.

4º Todos los informes existentes sobre indicadores de medición de reingresos por todas las causas, muestran la consistencia de las mismas.

5º La investigación muestra que las intervenciones para reducir los reingresos reducen los reingresos por cualquier causa, no solo los relacionados con condiciones específicas.

Por último, definir el indicador de resultado como reingresos por cualquier causa, puede animar a que los hospitales implementen iniciativas amplias dirigidas a mejorar el cuidado integral dentro del hospital y a establecer transiciones desde el hospital que no limiten su enfoque a un reducido conjunto de condiciones específicas.

3. Criterios de exclusión en el cálculo del indicador

¬ Altas por éxitus: los pacientes que mueren durante la hospitalización "inicial", obviamente, no pueden ser readmitidos.

- Altas voluntarias ("en contra del consejo médico"): el hospital difícilmente puede desarrollar con la suficiente amplitud los cuidados necesarios.
- Altas por transferencia a otros hospitales (las readmisiones se miden en el hospital que finalmente da el alta).
- Altas por tratamientos médicos de cáncer (motivo: su mortalidad y perfil de readmisión siguen un patrón muy distinto al resto de admisiones. Sus resultados no correlacionan bien con los del resto de altas (por otros motivos de ingreso). Pero los pacientes con cáncer cuyas altas sean por otros diagnósticos o para tratamiento quirúrgico de su cáncer, si se incluyen.
- Altas de pacientes psiquiátricos. Motivo: su comportamiento no es comparable con las altas de hospitales de agudos.
- Altas por cuidados de rehabilitación, colocación de prótesis y ajuste de dispositivos (CCS 254). Motivo: no se consideran como receptores de cuidados agudos.

Nota: Una readmisión dentro del plazo de 30 días también será elegible como una admisión inicial (a veces traducida como "índice").
Ello permite captar reingresos repetidos en el mismo paciente.

4. Método de cálculo del indicador[3]

La definición de "reingreso" y del indicador (numerador y denominador) y su ejemplarización, aclara mucho el proceso de cálculo y lo simplifica respecto a la propuesta de indicador de la AHRQ. De hecho no recurre a ajustes ni a su cálculo por cohortes específicas, como hace aquella en su propuesta desde el equipo de Yale.

Lo calcula como una Tasa de Reingresos a los 30 días:

$$\frac{\text{Número de estancias con al menos una estancia en el hospital en los 30 días posteriores.}}{\text{Número total de estancias hospitalarias entre enero y noviembre (ambos incluidos)}} * 100$$

Solo se cuenta un reingreso en el periodo de 30 días, dado que la medida de resultado evaluada aquí es el "porcentaje de altas con una readmisión".

Todo paciente dado de alta en el Hospital ("estancia índice") es seguido por 30 días, si se produce alguna readmisión durante ese periodo de tiempo, la estancia índice se cuenta como que tiene un reingreso.

[3]Methods Calculating Readmissions for HCUPnet (Páginas 1 a 5).Disponible en: http://hcupnet.ahrq.gov/HCUPnet.app/Methods-HCUPnet%20readmissions.pdf

FICHA DE CAPTURA ANUAL DE MEDIDAS DE EFICIENCIA

UGC	**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**	**Código UGC**	**000036**
Centro	**HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA**	**Código Centro**	**3920**
Provincia	**CÓRDOBA**	**Año**	**2017**

					PERIODIFICACIÓN DEL IMPACTO			
Código Medida	**Descripción Medida**	**Fecha implantación medida (mes/año)**	**Indicador para cuantificar el impacto económico en consumo (CÓDIGO SAS O CÓDIGO GC)**	**Impacto Económico Anual**	**Primer Trimestre**	**Segundo Trimestre**	**Tercer Trimestre**	**Cuarto Trimestre**
01	ESTABILIZACION DEL GASTO DE ANTIBIÓTICOS DEL HURS	ene-17	antibióticos Sistemas información Farmacia	0	0	0	0	0
02	ESTABILIZACIÓN DEL GASTO EN TRATAMIENTO DEL VHC (siempre que no cambien las recomendaciones del SAS)	ene-17	Tratamientos de hepatitis C	0	0	0	0	0

03	ESTABILIZACION DE GASTO EN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN TERMINOS DE GASTO POR PACIENTE O TENIENDO EN CUENTA A FINAL DE AÑO EL INCREMENTO NETO DE PACIENTES EN TARV.	ene-17	Sistemas información Farmacia	0	0	0	0	0
04	Monitorización diaria del consumo de apósitos/enfermo	ene-17	SU.PC.SANI.01.00.01 apósitos	0	0	0	0	0
05	Cumplimiento estricto de los protocolos de curas. Asesoramiento y formación a los profesionales de la UGC por el enfermero consultor de heridas	ene-17	SU.PC.SANI.01.00	0	0	0	0	0
06	Control en la periodicidad y en la cantidad de fungible solicitada	ene-17	SU.PC.SANI.01					