Acuerdo de Gestión Clínica

2018-2019

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Área de Conocimiento: Médica

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Acuerdo de Gestión Clínica 2018- 2019 para la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas

Código SIAGC: UGC000036

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Córdoba 16 de abril de 2018

Reunidos

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

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación Dña. Valle García Sánchez, en calidad de Directora Gerente.

Acuerdan

El siguiente Acuerdo de Gestión para el período 2018- 2019.

Director / Responsable de la Unidad

Fdo.: Julián de la Torre Cisneros

El Director/a Gerente del Hospital/AGS/AS

Fdo.: Dña. Valle García Sánchez

El responsable de Enfermería

Fdo.: Manuel Recio Rufián

P. AUSENCIA

Jefe de Sección de la Unidad

Fdo.: Antonio Rivero Roman

INDICE

..... 1

Introducción 7

Análisis de situación de su Población de referencia. 9

Objetivos 11

1.- BÁSICOS..... 11

✓ Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad..... 11

✓ Objetivo básico 1.2 Disminuir la tasa de reingresos no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital..... 12

✓ Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización 13

✓ Objetivo básico 1.4. Gestión adecuada de las Estancias..... 13

✓ Objetivo básico 1.5 Relaciones con la ciudadanía..... 14

✓ Objetivo básico 1.6 PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH-SIDA Y OTRAS ITS (VIH-SIDA-ITS). CONTRATO PROGRAMA 2018-2019..... 15

✓ Objetivo básico 1.7 Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP): 16

✓ Objetivo básico 1.8 Índice Sintético de Contrato Programa (ISCP):..... 19

✓ Objetivo básico 1.9 Índice Sintético de Farmacia 22

✓ Objetivo básico 1.10. Índice Sintético Acuerdo de Consumo Capítulo II y IV sin recetas 23

2.-AVANZADOS (corresponden al 30% de la ponderación del AGC)..... 24

✓ Objetivo avanzado 2.1 Mejorar el diagnóstico precoz de VIH a través del diseño y ejecución un programa de diagnóstico de la infección oculta por VIH y VHC en poblaciones con alto riesgo de adquirir ambas infecciones atendidas en Centros Provinciales de Drogodependencia (CPDs) de Córdoba..... 24

✓ Objetivo avanzado 2.2. Mejorar el USO EFICIENTE DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL a través del diseño y ejecución de un programa de formación para incrementar y actualizar las competencias en el uso eficiente del tratamiento antirretroviral en los prescriptores de la provincia de Córdoba..... 25

✓ Objetivo avanzado 2.3. SIMPLIFICAR EL TRATAMIENTO EMPÍRICO CON ANTIBIÓTICOS ANTIPSEUDOMÓNICOS EN BACTERIMEIAS POR ENTEROBACTERIAS SENSIBLES PARA OPTIMIZAR EL CONSUMO DE ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS ANTIPSEUDOMONICOS (MEROPENEM, IMIPENEM, PIPERACILINA/TAZOBACTAM). 25

✓ Objetivo avanzado 2.4. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA..... 26

✓ Objetivo avanzado 2.5 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE A CARBAPENEMAS. Optimizar el tratamiento empírico y dirigido de las infecciones por Klebsiella pneumoniae-KPC, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y asegurando un uso racional y eficiente de ceftazidima-avibactam. 27

✓ Objetivo avanzado 2.6 Auditoría de uso adecuado de antibióticos 28

3.- EXCELENCIA(corresponden al 20% de la ponderación del AGC) (No más de 4 objetivos) .. 29

✓ Objetivo de excelencia 3.1. OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCION VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente. 29

✓ Objetivo de excelencia 3.2 Eficacia del programa de antibioterapia domiciliaria 30

✓ Objetivo de excelencia 3.3 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR 31

✓ Objetivo de excelencia 3.4. Plan de eficiencia 32

Tablas resumen de objetivos 33

Anexo: Gobierno Clínico (Gobernanza) de la UGC 35

Introducción

La Gestión Clínica (GC) es un sistema de organización del trabajo que pretende dar respuesta a las necesidades y demandas de la ciudadanía con los principios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia y desde la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables, autónomos y comprometidos con la ciudadanía a la que prestan sus servicios.

En este Acuerdo de gestión, y tras el debate profesional que hemos mantenido, previa a su elaboración, se proponen para 2018, los siguientes principios:

Para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la GC es el modelo organizativo sanitario que:

- Considera a la ciudadanía como centro del propio Sistema;
- Se orienta a resultados;
- Busca la continuidad asistencial;
- Persigue una relación de agencia con la ciudadanía a lo largo de la vida de cada ciudadano en su contexto social;
- Posibilita la autonomía de la gestión;
- Descentraliza la toma de decisiones;
- Implica y corresponsabiliza al equipo de profesionales, en la consecución de resultados en salud;
- Incorpora los conocimientos y metodología de la práctica clínica basada en evidencias;
- Potencia en trabajo en equipo de forma multidisciplinar.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa de profesionales orientada al desarrollo de la gestión clínica.

La gestión clínicaotorga al equipo de profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto a la ciudadanía, mediante una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta tanto su situación clínica como su situación socioeconómica, familiar, laboral y cultural ya que todos ellos, son condicionantes del proceso salud y enfermedad. Por otro lado, el equipo de profesionales también asume la responsabilidad en la gestión de los recursos, para obtener resultados en salud, garantizar la continuidad asistencial y con un horizonte de eficiencia, calidad y seguridad, alineados con las líneas estratégicas del SSPA.

El Acuerdo de Gestión Clínica (AGC), es una herramienta de trabajo. Un documento que firma el equipo de dirección del centro (AGS/Hospital/AS) con los cargos intermedios de la UGC. En él, se recogen los objetivos que de forma participativa todos/as los/las profesionales de la unidad clínica han propuesto y que es negociado con la Dirección del Centro, a través de sus cargos intermedios.

Una vez firmado, debe ser presentado a todos/as los/as profesionales que integran la UGC.

Análisis de situación de su Población de referencia.

El plan de gestión de la UGC fue evaluado y aprobado en junio 2016. Durante el año 2017, de acuerdo con la Dirección asistencial se implementaron cambios estructurales y funcionales que consideramos preciso estabilizar durante este año 2018.

Reforzar la atención ambulatoria. Programa de VIH/SIDA. Cuantitativamente la mayor parte de la actividad de la UGC es ambulatoria. Los objetivos propuestos deben favorecer la actividad de la UGC en consultas externas/hospital de día y la actividad de consultores en todo el centro.

En esta área se desarrolla el PAI VIH/SIDA que consideramos estratégico para la UGC. Actualmente seguimos a una cohorte de 1200 pacientes infectados por VIH, muchos de ellos coinfectados con VHC. Se cumplen los criterios de calidad establecidos en el PAI de forma que >90% de los pacientes tienen control virológico. Pero en necesario que estos resultados se logren siguiendo las recomendaciones de tratamiento antirretroviral más eficientes para estabilizar el gasto que en el año 2017 se situó en 6.730.000 euros. Es también que se ofrezca tratamiento de la coinfección VHC en los pacientes que está indicado según las recomendaciones de la Consejería de Salud. En este sentido se están cumpliendo las previsiones y pensamos que solo se debe contemplar este aspecto en el plan de eficiencia, ya que supone un gasto de 1.840.000 euros.

Las guías españolas de TAR elaboradas por GESIDA y el Ministerio de Sanidad/Plan Nacional de SIDA (GESIDA PNS. Actualización enero 2018) recomiendan iniciar TAR con Dolutegravir coformulado con ABC/3TC o combinado con FTC/TAF (A-I), o Raltegravir (400 mg BID o 1200 mg QD) combinado con FTC/TAF (A-III). El precio de estas 3 pautas es el siguiente (Precios facilitados por la UGC de Farmacia 16 de enero de 2018):

- DTG/ABC/3TC: 20,20 euros/comprimidos
- DTG/TAF/FTC: 24,33 euros/comprimidos
- RAL/TAF/FTC: 24,20 euros/comprimidos

Por tanto, entre los regímenes de TAR de inicio de elección la opción más eficiente es el régimen basado en DTG/ABV/3TC. Por este motivo e será considerado como régimen electivo en nuestra Unidad en terapia de inicio de la infección VIH.

Sin embargo, el uso de DTG/ABV/3TC requiere (por la presencia de abacavir) descartar que el sujeto que lo recibe no es portador del haplotipo HLAB 57/01, ya que este se asocia con el desarrollo de reacción de hipersensibilidad que es una entidad potencialmente grave e incluso mortal.

El haplotipo HLAB 57/01 lo presentan alrededor del 8% de la población española. Por otro lado, el 26,8% (Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. Actualización 30 de junio de 2017) de los pacientes infectados por el VIH son diagnosticados en situación de grave inmunocompromiso (cifras de linfocitos CD4+ < 200 cels/mL). En esta situación

es frecuente que el inicio del TAR no pueda diferirse hasta disponer del resultado de la determinación de HLAB 57/01. Por tanto, es previsible que la población tributaria de usar esta combinación sea de alrededor del 65% de los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH.

Potenciar la actividad asistencial transversal: interconsulta, bacteriemias, trasplante, control de antibióticos (PROA).

Los programas de consultoría general, bacteriemias y trasplante esta mu estructurados en la UGC. Consideramos estratégico potenciar mediante los objetivos el desarrollo del programa PROA. El consumo global o de grupos particulares de antibióticos están contemplados en los objetivos generales de cada unidad. A la UGC-EI le corresponde actividades transversales de optimización del consumo. El consumo de carbapenemas antipsudomónicos es crucial para que el hospital contenga la endemia de enterobacterias productoras de carbapenemas. Una estrategia establecida por el PIRASOA es reducir el uso de carbapenemas cuando existen otras opciones terapéuticas para que el consumo global sea <30 DDD/1000 estancias (actualmente nos situamos en unas 35 DDD/1000 estancias).

Otra estrategia transversal en unidades de alto consumo de antibióticos en realizar auditorías de consumo que permita establecer áreas de mejora en dichas unidades. Esta actividad se ha puesto en marcha en el año 2017 y debe ser estabilizada.

Es necesario integrar a los profesionales de la enfermería en esta actividad PROA mediante programas que puedan incluirse dentro de sus competencias.

Potenciar nuevas fórmulas de hospitalización: antibioterapia domiciliaria.

Este programa de antibioterapia domiciliaria, iniciado en el último trimestre del año 2017, es una estrategia básica de la UGC. Es una actividad transversal que permite evitar estancias de UGCs diversas del hospital. Durante este periodo del año pasado se incluyeron 14 pacientes, lo que supone un ahorro de 237 estancias hospitalarias. Consideramos estratégico el desarrollo de este programa durante el año 2018. Ello lo queremos conseguir mediante las siguientes acciones:

- Incrementar la actividad: incrementar en un 25% en el ahorro de estancias evitadas

- Establecer su eficacia clínica en términos de: a) ausencia de ingreso por empeoramiento de síntomas de la infección, b) ausencia de fallecimiento en domicilio o en hospital como consecuencia de la infección que motivó la inclusión en DAD y c) ausencia de complicaciones graves relacionadas con el acceso venoso, sea superior al 93%.

-Mantener un alto grado de satisfacción en los pacientes atendidos en el DAD, garantizando unos estándares de calidad asistencial excelentes.

Para conseguir estos objetivos es fundamental la participación de los Profesionales de Enfermería en la valoración de los pacientes candidatos a la inclusión en el dispositivo mediante escalas validadas, así como de la educación sanitaria, información y adiestra-

miento de los mismos en técnicas de autocuidado y de la canalización, mantenimiento y cuidados de los accesos venosos.

Objetivos

1.- BÁSICOS

✓ **Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad**

Peso: 5 puntos

Indicador 1	La UGC garantizará que los pacientes pendientes de 1ª visita procedente de AP tengan cita asignada en un 90% de las mismas y no tendrá pacientes pendientes de primeras consultas de especialista derivadas de AP, (con cita o sin cita asignada), con más de 60 días de antigüedad desde la fecha de inicio de la demora
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	Valoración a cierre mensual. El seguimiento mensual se valorará como SI CUMPLE / NO CUMPLE. Cada mes supone 1/12 en el alcance del objetivo
Fuente	AGD, INFHOS.
Metodología de Evaluación	El seguimiento será mensual.
Peso	50% del peso total del Objetivo
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	12 1
Observaciones	Atienden con consulta demanda y dan respuesta en 24-48h, aunque existe dificultad en el registro. Si no pudiese medirse el objetivo se sustituiría por "mantenimiento de la consulta a demanda"

Indicador 2	La UGC garantizará que los pacientes pendientes de 1ª visita procedente de interconsultas de otras especialidades tengan cita asignada en un 90% de las mismas
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	Valoración a cierre mensual. El seguimiento mensual se valorará como SI CUMPLE / NO CUMPLE. Cada mes supone 1/12 en el alcance del objetivo
Fuente	AGD, INFHOS.
Metodología de Evaluación	El seguimiento será mensual.
Peso	50% del peso total del objetivo

Límite Superior (Óptimo)	12
Límite Inferior	1

✓ Objetivo básico 1.2 Disminuir la tasa de reingresos no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital

Indicador	Tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	Disminución en 10 puntos porcentuales de la distancia de la tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa del hospital o AGS con la tasa de Andalucía (que se definirá en breve), en el caso de que la distancia este por encima de los 10 puntos
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro tendrá en cuenta para la evaluación el dato del que parte la Unidad.
Peso	3 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	SI CUMPLE NO CUMPLE
Observaciones	

SERIE HISTÓRICA UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS

2012	2013	2014	2015	2016	2017
0.4%	4.9%	7.2%	7.2%	11,76%	8.80%

✓ Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización

Indicador	**Criterios del Plan de Mejora de las Urgencias hospitalarias que le afecten:** 1. Reunión presencial Equipo directivo con los Directores de las UGC de todas las especialidades implicadas en la gestión de camas del hospital. 2. Criterios de ingreso consensuados y firmados con todas las especialidades. Autorización al médico de urgencias para ingreso de pacientes urgentes en las unidades finalistas. 3. 30% de las altas hospitalarias médicas antes de las 11.00 h y alta administrativa antes de las 13.00h.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Nº de criterios que cumple / Nº de criterios que le afectan = 1
Fuente	Informe de la Dirección Gerencia del centro
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro hará el seguimiento y evaluación de la implantación de las medidas.
Peso	5 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	SI CUMPLE NO CUMPLE
Observaciones	Por su impacto el Subdindicador 1 cumplirá con comunicación con la Subdirección referente en periodos de más frecuentación.

✓ Objetivo básico 1.4. Gestión adecuada de las Estancias

Indicador	Índice de utilización de estancias
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz < o = a 1
Fuente	CMBDH/ Servicio de Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica
Metodología de evaluación	CMBD e Informe del Servicio de Documentación Clínica
Peso	3 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	Cumple/No cumple

Observaciones

✓ Objetivo básico 1.5 Relaciones con la ciudadanía.

PESO: 4 PUNTOS

1. **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.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).**

Indicador 1	Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que acuden a las consultas programadas
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	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	50% del peso total del Objetivo (2 puntos)
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	90%/ 70%

2. **SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA. Evaluar la satisfacción de los usuarios incluidos en el Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria mediante encuesta específica de satisfacción realizada por los profesionales de enfermería. Establecer medidas correctoras si los índices de satisfacción no son los esperables.**

Indicador 2	Porcentaje de pacientes incluidos en Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria con un grado de satisfacción bueno/excelente.
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	Número de pacientes incluidos en Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria con un grado de satisfacción bueno/excelentex100/total de pacientes incluidos en Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria
Fuente de información	registro de encuestas de satisfacción.
Peso	50% del peso total del Objetivo (2 puntos)
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	90%/ 70%

✓ Objetivo básico 1.6 PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH-SIDA Y OTRAS ITS (VIH-SIDA-ITS). CONTRATO PROGRAMA 2018-2019

Indicador 1. Porcentaje de nuevos casos de infección por VIH adultos diagnosticados en el año y controlados por la UGC sin información sobre la edad o sexo o categoría de transmisión o CD4 (más próximos al diagnóstico VIH)

Indicador 2: Porcentaje de nuevos diagnósticos VIH declarados, sobre el total de casos nuevos diagnosticados.

PESO: 7 PUNTOS

Indicador 1	Porcentaje de nuevos casos de infección por VIH adultos diagnosticados en el año y controlados por la UGC sin información sobre la edad o sexo o categoría de transmisión o CD4 (más próximos al diagnóstico VIH)
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	Número de nuevos casos de infección VIH adultos diagnosticados en el año y controlados por la unidad sin información sobre la edad o sexo o categoría de transmisión o CD4 (más próximos al diagnóstico VIH) / total de nuevos casos de infección VIH adultos diagnosticados en el año por la unidad.
Fuente	SiVIhDA
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	50% del peso total del Objetivo (3,5 puntos)
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	<10%/<15%

Indicador 2	Porcentaje de nuevos diagnósticos por la unidad VIH declarados, sobre el total de casos nuevos diagnosticados por la unidad.
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	Número de nuevos diagnósticos VIH declarados por la unidad x 100/ total de casos nuevos diagnosticados por la unidad
Fuente	SiVIhDA
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	50% del peso total del Objetivo (3,5 puntos)
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	90%/70%

✓ Objetivo básico 1.7 Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP):

Indicador 1:Incidencia de UPP

Indicador 2: Dolor (evaluación y reevaluación):

Subdindicador 2.1: Identificación del % de pacientes con valoración del dolor

Subdindicador 2.2 Reevaluación del dolor en pacientes con EVN/PAINAD ≥ 3

Indicador 3: Notificación y análisis de Incidentes de Seguridad del Paciente

PESO: 5 PUNTOS

Indicador 1	**Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria.**
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario* 100 / Número de pacientes ingresados en la Unidad
Fuente	DAH y CMBD
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de información e informe con el resultado obtenido
Peso	1, 25 puntos
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	6 / 8

Indicador 2	**Medición del dolor y reevaluación del mismo como 5ª constante**
Aclaraciones	- Cuándo se ha de realizar: Al ingreso; Al inicio del turno de trabajo; Cuando el paciente y/o cuidador lo demande; Después de un cambio en la situación clínica; Después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico; Reevaluación del dolor en pacientes con puntuación en la Escala Numérica del Dolor/PAINAD ≥ 3. - Dónde se debe registrar: Registro del dolor en la gráfica de constantes de la Historia Digital del paciente (Estación de Cuidados)
Subdindicador 2.1	**Identificación del % de pacientes con valoración del dolor**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NUMERADOR: Nº de pacientes a los que se le ha evaluado el dolor x 100 DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad
Fuente	Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)
Metodología de Evaluación	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de

	SSII.
Peso	1,25 Puntos
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	70%/50%
Subdindicador 2.2	**Reevaluación del dolor en pacientes con EVN/PAINAD ≥ 3**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala EVN/PAINAD con reevaluación X 100 DENOMINADOR: Total de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala EVN/PAINAD
Fuente	Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)
Metodología de Evaluación	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.
Peso	1,25 Puntos
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	80%/60%

Indicador 3	Notificación y análisis de Incidentes de Seguridad del Paciente
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	Haber notificado en el registro del Hospital (página Web) y haber realizado el análisis de incidentes de seguridad del paciente con propuestas de mejora.
Fuente	Comisión de Seguridad del paciente y UGC
Metodología de Evaluación	Informe de la Comisión de Seguridad del Paciente e informe de la UGC con el análisis de incidentes de seguridad del paciente
Peso	1,25 puntos
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	Cumple/No Cumple

✓ Objetivo básico 1.8 Índice Sintético de Contrato Programa (ISCP):

Indicador 1:Plan de Personalización de la Asistencia

Indicador 2: Validación de antibióticos de uso restringido en el programa PROVAUR (Contrato Programa 2017)

Indicador 3: Sesiones informativas realizadas cada año sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida.

Indicador 4: Registro adecuado y completo de la Historia Digital (DAH) en Hospitalización y consultas externas.

Indicador 5: Producción Científica

PESO: 8 PUNTOS

Indicador 1	**Plan de Personalización de la Asistencia**
Fórmula	No aplica
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Informe con las 3 acciones priorizadas e implantadas por la UGC. Estas acciones se priorizarán del catálogo del Plan de Humanización elaborado a nivel Institucional.
Peso	1 PUNTO
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	Cumple/No cumple

Indicador 2	**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	2 PUNTO
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	95% - 80%

Indicador 3	**Número 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	1 PUNTO
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	6 reuniones/3 reuniones

Indicador 4	**Realizar un registro adecuado y completo en la historia clínica electrónica corporativa (Diraya): PORCENTAJE de episodios de hospitalización y consultas externas con la tipología de registros adecuados**
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	(NÚMERO TOTAL DE EPISODIOS CON REGISTRO CORRECTO EN DAH / TOTAL DE EPISODIOS) X 100
Fuente	DAH (SSII)
Metodología de Evaluación	Explotación de los SSII e informe de resultados
Peso	1 Punto
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	95%/85%
Observaciones	El episodio correcto de hospitalización es aquel que incluya al menos, si está abierto, un episodio de anamnesis, y si está cerrado, un episodio de anamnesis, uno de evolución y uno de alta y/o éxitus). En CCEE es el que incluye al menos, una hoja de anamnesis, o de evolución, o específica o con informe de alta, respecto al total de citas realizadas de dicho ámbito. Objetivo CP 12.1.2. Para el cálculo del indicador se consideran tanto los episodios de Hospitalización como los de Consultas externas.

Indicador 5	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar: 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 a evaluar y anterior
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar: para revistas publicadas en Pub-Med. b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior
Fuente	Pub-Med
Peso	3 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	30 – 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).

✓ Objetivo básico 1.9 Índice Sintético de Farmacia

PESO: 5 PUNTOS

Indicador	**VIH. ISE-H**
Fórmula	Coste / Receta VIH
Fuente	Farmacia
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	20% DEL PESO TOTAL (1 punto)
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	10/0
OBSERVACIONES	Objetivo marcado por contrato programa, Cumple/Punto de partida del año anterior, no cumple

Indicador 4	Prescripción por Principio Activo> 95%
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	Número de recetas prescritas por principio activo x 100/ total de recetas
Fuente	FARMACIA
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información en Informe con el resultado obtenido
Peso	80% DEL PESO TOTAL (4 puntos)
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	Cumple/No cumple

✓ Objetivo básico 1.10. Índice Sintético Acuerdo de Consumo Capítulo II y IV sin recetas

Peso: 5 puntos

Indicador 1	CONTROL DEL CONSUMO CAPÍTULO II
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Peso	1 % (% sobre el peso total del objetivo)
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo y su comparativa con el objetivo de consumo asignado para dicho periodo. El cierre de consumo podrá ajustarse por el impacto derivado de incremento de actividad autorizada por la Dirección Gerencia y no financiada en el objetivo autorizado

Indicador 2	CONTROL DEL CONSUMO EN FARMACIA
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Peso	99% (% sobre el peso total del objetivo)
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo y su comparativa con el objetivo de consumo asignado para dicho periodo.

2.-AVANZADOS (corresponden al 30% de la ponderación del AGC)

✓ **Objetivo avanzado 2.1** Mejorar el diagnóstico precoz de VIH a través del diseño y ejecución un programa de diagnóstico de la infección oculta por VIH y VHC en poblaciones con alto riesgo de adquirir ambas infecciones atendidas en Centros Provinciales de Drogodependencia (CPDs) de Córdoba.

Indicador	Diseño y ejecución del programa y presentación en las comisiones indicadas por la dirección asistencial.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Informe de la Dirección Asistencial y Presentación de documento
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Informe de la dirección asistencial y presentación del documento
Peso	5 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE
RANGO 2019	Según resultados 2018, el Objetivo se deberá orientar a resultados en salud y convertirse en cuantitativo
Comentario	El programa será realizado en colaboración con las Unidades Implicadas.

✓ **Objetivo avanzado 2.2. Mejorar el USO EFICIENTE DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL a través del diseño y ejecución de un programa de formación para incrementar y actualizar las competencias en el uso eficiente del tratamiento antirretroviral en los prescriptores de la provincia de Córdoba.**

Indicador	Diseño y ejecución del programa y presentación en las comisiones indicadas por la dirección asistencial.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Informe de la dirección asistencial y presentación del documento
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Informe de la dirección asistencial y presentación del documento
Peso	5 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE
RANGO 2019	Según resultados 2018, el Objetivo se deberá orientar a resultados en salud y convertirse en cuantitativo, midiendo la adecuación de los prescriptores al programa

✓ **Objetivo avanzado 2.3. SIMPLIFICAR EL TRATAMIENTO EMPÍRICO CON ANTIBIÓTICOS ANTIPSEUDOMÓNICOS EN BACTERIMEIAS POR ENTEROBACTERIAS SENSIBLES PARA OPTIMIZAR EL CONSUMO DE ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS ANTIPSEUDOMONICOS (MEROPENEM, IMIPENEM, PIPERACILINA/TAZOBACTAM).**

Indicador	Porcentaje de pacientes (de Servicios validados por la UGC de Enfermedades Infecciosas) con bacteriemia por Enterobacterias sensibles y tratados con antibióticos antipseudomónicos que son simplificados a otros tratamientos: 40%.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(En pacientes con bacteriemia por Enterobacterias sensibles): Pacientes simplificados/Total de pacientes tratados con antipseudomónicos x 100
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Explotación del registro de la unidad. Eventualmente auditoria.
Peso	5 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	40%/20%

COMPARTIDO CON	UGC MICROBIOLOGIA

✓ Objetivo avanzado 2.4. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Indicador	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar: 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 a evaluar y anterior
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar: para revistas publicadas en Pub-Med. b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior
Fuente	Pub-Med
Peso	5 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	30 – 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).

✓ **Objetivo avanzado 2.5 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* RESISTENTE A CARBAPENEMAS.** Optimizar el tratamiento empírico y dirigido de las infecciones por Kle*bsiella pneumoniae*-KPC, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y asegurando un uso racional y eficiente de ceftazidima-avibactam.

Indicador	Realización del POE y presentación en las comisiones indicadas por la dirección asistencial.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Informe de la dirección asistencial y presentación del documento
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Informe de la dirección asistencial y presentación del documento
Peso	5 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	Cumple/No cumple
RANGO 2019	Se medirá el grado de adherencia de los profesionales al procedimiento.
Comentario	El documento será revisado por los Directores de las UGCs implicadas.

✓ Objetivo avanzado 2.6Auditoría de uso adecuado de antibióticos

Indicador	Realización de 4 auditorías programadas/año con emisión de informe y comunicación de resultados.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Número de auditorías realizadas al año
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Revisión de actas de Comisión de infecciones
Peso	5 PUNTOS
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	5/3
Compartido:	Dirección asistencial. Servicios seleccionados. Medicina preventiva (aporta enfermería).

3.- EXCELENCIA(corresponden al 20% de la ponderación del AGC) (No más de 4 objetivos)

✓ **Objetivo de excelencia 3.1. OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCION VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente.**

Indicador	Porcentaje de pacientes que inician tratamiento antirretroviral con pautas consideradas preferentes o alternativas por las Guías de GESIDA/Plan Nacional de SIDA (Ministerio de Sanidad)
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Nº de pacientes que inician TAR con pautas preferentes/alternativas dividido por el Nº de pacientes que inician TAR multiplicado por 100.
Fuente	Registro de pacientes que inician TAR
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	5 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	100%/80%
Observaciones:	El objetivo será reevaluado en función de las evidencias científicas disponibles en cada momento.

✓ Objetivo de excelencia 3.2 Eficacia del programa de antibioterapia domiciliaria

Indicador	Porcentaje de fracaso clínico.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Número de pacientes en programa de antibioterapia domiciliaria con fracaso clínico/total de pacientes en programa de antibioterapia domiciliaria
Fuente	Registro propio de la UGC e Historias Clínicas
Metodología de Evaluación	Análisis de la base de datos del programa DAD y revisión de los historiales clínicos de los pacientes incluidos.
Peso	5 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	5%-12%
Observaciones:	Se considerará fracaso clínico a cualquiera de las siguientes: a) Necesidad de ingreso por empeoramiento de síntomas de la infección que motivó la inclusión en DAD a pesar del tratamiento. b) Fallecimiento en domicilio o en hospital como consecuencia de la infección que motivó la inclusión en DAD. c) Aparición de complicaciones graves relacionadas con el acceso venoso (flebitis que requieran ingreso hospitalario, bacteriemias o endocarditis secundarias al catéter).
Compartido con	Farmacia

✓ **Objetivo de excelencia 3.3 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR**

Indicador 1	Reunión diaria con el servicio de microbiología para comentar los resultados diarios de los hemocultivos
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Reuniones diarias
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Actas de las reuniones
Peso	2,5 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	Cumple/No cumple
Compartido con	Microbiologia

Indicador 2	Proporción de bacteriemias significativas valoradas por el UGC de EI. Servicios excluidos: MI, Hematología, Neumología, CCV.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	nº bacteriemias valoradas / nº total de bacteriemias significativas x 100.
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	autoauditoría de una muestra e informe
Peso	2,5 puntos
Límite Superior (Óptimo) **Límite Inferior**	95%-75%
Observaciones	Se excluyen los servicios que realizan su propia valoración y la que actuamos por interconsulta en casos seleccionados que ellos deciden. El objetivo es compartido con el resto de servicios.

✓ Objetivo de excelencia 3.4. Plan de eficiencia

PESO: 5 PUNTOS

Indicador	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPÍTULO II Y IV
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CALIDAD Y DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el Plan de Eficiencia Capítulo II y IV elaborado por la UGC, la calidad del mismo, las medidas que lo componen y su orientación a control de las principales desviaciones de consumo de la UGC, así como el grado de cumplimiento del mismo (% de medidas con resultado e impacto económico alcanzado/impacto esperado)

Tablas resumen de objetivos

Objetivos Básicos (50%, máximo 10 objetivos)	Pesos
Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad	5
Objetivo básico 1.2 Disminuir la tasa de reingresos no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital	3
Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización	5
Objetivo básico 1.4. Gestión adecuada de las Estancias	3
Objetivo básico 1.5 Relaciones con la ciudadanía.	3
Objetivo básico 1.6 PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH-SIDA Y OTRAS ITS (VIH-SIDA-ITS). CONTRATO PROGRAMA 2018-2019	7
Objetivo básico 1.7 Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP):	5
Objetivo básico 1.8 Índice Sintético de Contrato Programa (ISCP):	8
Objetivo básico 1.9 Índice Sintético de Farmacia	5
Objetivo básico 1.10. Índice Sintético Acuerdo de Consumo Capítulo II y IV sin recetas	5
Total	**50**

Objetivos Avanzados (30%, máximo 6 objetivos)	Pesos
Objetivo avanzado 2.1 Mejorar el diagnóstico precoz de VIH a través del diseño y ejecución un programa de diagnóstico de la infección oculta por VIH y VHC en poblaciones con alto riesgo de adquirir ambas infecciones atendidas en Centros Provinciales de Drogodependencia (CPDs) de Córdoba.	5
Objetivo avanzado 2.2. Mejorar el USO EFICIENTE DEL TRATAMIENTO ANTIRE-TROVIRAL a través del diseño y ejecución de un programa de formación para in-crementar y actualizar las competencias en el uso eficiente del tratamiento anti-rretroviral en los prescriptores de la provincia de Córdoba.	5
Objetivo avanzado 2.3. SIMPLIFICAR EL TRATAMIENTO EMPÍRICO CON ANTI-BIÓTICOS ANTIPSEUDOMÓNICOS EN BACTERIMEIAS POR ENTEROBACTERIAS SENSIBLES PARA OPTIMIZAR EL CONSUMO DE ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS ANTIPSEUDOMONICOS (MEROPENEM, IMIPENEM, PIPERACILINA/TAZOBACTAM).	5
Objetivo avanzado 2.4. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	5
Objetivo avanzado 2.5 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR KLE-BSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE A CARBAPENEMAS. Optimizar el tratamiento empí-rico y dirigido de las infecciones por Klebsiella pneumoniae-KPC, disminuyendo la va-riabilidad de la prácti-ca clínica y asegurando un uso racional y eficiente de ceftazidima-avibactam.	5
Objetivo avanzado 2.6 Auditoría de uso adecuado de antibióticos	
Total	**30**

Objetivos de Excelencia (20%, máximo 4 objetivos)	Pesos
Objetivo de excelencia 3.1. OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCION VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente	5
Objetivo de excelencia 3.2 Eficacia del programa de antibioterapia domicilia-ria	5
Objetivo de excelencia 3.3 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR	5
Objetivo de excelencia 3.4. Plan de eficiencia	5
Total	**20**

Anexo: Gobierno Clínico (Gobernanza) de la UGC
Cumplimiento documentado de los criterios.

En este anexo se incluirían las actas con la hoja de firma de los profesionales de:

Reunión de equipo de la UGC, en que se deciden los objetivos propuestos por la UGC. La firma de los profesionales es el comprobante de que se les hace partícipe de esta elaboración del AGC.

Acta de la Comisión de Dirección de la UGC, en que se da traslado de los objetivos propuestos por la UGC, al Centro.

Reunión de equipo en que se difunden los objetivos finales contemplados en el AGC definitivo de la UGC, firmado con la Dirección del distrito/AGS. La firma de los profesionales es el comprobante de que se les ha informado del AGC firmado, no implica necesariamente estar de acuerdo con él, en todos sus extremos.

En este mismo documento, deben recogerse las fechas en las que el equipo de dirección de la UGC, va a mantener las reuniones individuales con cada miembro del equipo, a fin de fijar los objetivos individuales que tendrán cada uno de los profesionales y que serán aplicables a 2018, como forma de participación de los profesionales en la consecución de los objetivos contenidos en el AGC para 2018.

Los objetivos individuales fijados con cada profesional serán documentados, firmados y custodiados a fin de poder ser auditados por la dirección del Distrito/AGS y/o por los SSCC del SAS.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD
Y POLÍTICAS SOCIALES

Hospital Universitario Reina Sofía

ACTA REUNIÓN DE LA GOBERNANZA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Córdoba a 20 de abril de 2018 Hora: 8.30
Sala de Juntas de la UGC de Enfermedades Infecciosas
HOSPITAL U. REINA SOFIA

En la Ciudad de Córdoba, en el día y hora indicada en el encabezamiento, se la Gobernanza de la UGC de Enfermedades con el siguiente:

ORDEN DEL DÍA:

1. Revisar el Acuerdo de Gestión 2018
2. Seleccionar los objetivos Avanzados y Excelentes que se adjuntan a este documento.
3. Se decide proponer a la Dirección Asistencial la inclusión de una selección de dichos objetivos en el AG 2018.
4. Solicitar a la Dirección asistencial una fecha para discutir y hacer una selección final de estos objetivos.
5. Los objetivos individuales serán diseñados por la UGC y comunicados individualmente a cada profesional en las dos semanas siguientes a que la Dirección comunique el Acuerdo de Gestión final.
6. Dichos objetivos individuales fijados para cada profesional serán documentados y firmados en el documento previsto para tal fin en la Unidad y cuyo modelo se adjunta. Estos documentos serán custodiados en la secretaría de la UGC.

Director de la UGC E.I	Jefe de Sección de la UGC E.I	Supervisor de la UGC E.I
Julián de la Torre Cisneros	Antonio Rivero Román	Manuel Recio Rufián

Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba
Tel. 957 010 000 www.hospitalreinasofia.org