HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2019

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PÁGINA A REEMPLAZAR POR HOJA FIRMAS

Doble cara

PÁGINA A REEMPLAZAR POR HOJA FIRMAS

Doble cara

INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía recoge la universalidad y la equidad en los niveles de salud y la igualdad efectiva en el acceso al SSPA como los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía. Asimismo, constituyen principios básicos de este modelo la concepción integral de la salud, la descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, la mejora continua en la calidad de los mismos especialmente en lo referente a la atención personal y la utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

El Servicio Andaluz de Salud es una agencia administrativa de la Consejería de Salud y Familias que se adscribe a la Viceconsejería de Salud, cuyas competencias y funciones están reguladas por la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y por el Decreto 105/2019 de 5 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud constituye por su estructura, dimensión, distribución territorial y volumen de actividad asistencial, el principal ente instrumental para la provisión de servicios de salud a la ciudadanía de Andalucía. Tiene la responsabilidad, bajo la supervisión y control de la Consejería, de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El Decreto 105/2019 de 5 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud, contempla en su articulado a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, como la responsable de la elaboración de las propuestas de actuación que deban formularse, en relación con los presupuestos y Contrato-Programa del SAS y de las entidades que tenga adscritas.

Dentro de este ámbito, **el Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que éstos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2019.**

Desde la Consejería de Salud y Familias, se apuesta por una sanidad pública gestionada con nuestros profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a sus pacientes. Una sanidad que cuente con un sistema de evaluación continua del sistema sanitario público de Andalucía, que apuesta por la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y que salvaguarde los principios de igualdad y equidad en el acceso al sistema, la dignidad de la calidad y de los derechos del paciente.

Las líneas estratégicas para la mejora de nuestro sistema de salud, en los próximos años, se sustentan en cuatro pilares:

- El primer pilar es **el paciente**. Debe ser, de verdad, el centro de nuestra actuación y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.

- El segundo pilar, **los profesionales**, como principal activo del sistema sanitario público andaluz.

- El tercer pilar es la mejora **del modelo de gestión**.

- Y el cuarto y último pilar, **una financiación adecuada** de nuestra sanidad.

Las medidas que se pondrán en marcha para impulsar las mejoras, en estos ámbitos, se construirán desde el diálogo con las Sociedades Científicas, con los profesionales y los pacientes que constituyen la piedra angular del sistema.

Por lo tanto, el Contrato Programa supone no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también **el compromiso de los centros para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.**

El Contrato programa supone un esfuerzo de síntesis y concreción de **objetivos orientados a la consecución de resultados en salud**, así como a la evaluación más eficiente y eficaz que se respalde en los sistemas de información sanitaria implantados en nuestro sistema sanitario.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2019 y se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2019, en su bloque de Objetivos Comunes, que a continuación, se exponen:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN....5
ÍNDICE....7
OBJETIVOS COMUNES....8
1 PERSPECTIVA ECONÓMICA....8
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS....8
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3 CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES....9
2 PERSPECTIVA CIUDADANÍA....10
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1 LISTA DE ESPERA....10
2.1.2 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS....10
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.3 SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA....11
2.3HURS Relaciones con la ciudadanía....11
3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO....12
ÁREA ESTRATÉGICA: 3.2 INVESTIGACIÓN....12
4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL....13
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA....13
4.1.1 HOSPITALIZACIÓN....13
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2 CALIDAD ASISTENCIAL....14
4.2.1 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO....14
4.2.1.1HURS1 Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de información y coordinación PROA impulsada desde la Comisión de Infecciones....14
4.2.1.1HURS2 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR....15
4.2.1.1HURS3 CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos....15
4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL....16
4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP):....16
5 PERSPECTIVA SALUD PÚBLICA....18
5.HURS Vigilancia de alerta por caso de tuberculosis considerado alerta por enfermedad de declaración urgente.....18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS....19
E01 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCIÓN VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente....19
E02 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA....19
E03 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO....20
E04 IMPLANTACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA....20
E05 EVITAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH....21
TABLA RESUMEN....22

OBJETIVOS COMUNES

Los Objetivos Comunes representan el 60% del acuerdo y corresponden a los objetivos marcados en Contrato Programa para el Hospital que están más directamente relacionados con la Unidad.

1 PERSPECTIVA ECONÓMICA

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

1.1.1.2 Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)

Indicador 1	**CUMPLIMIENTO PRESUPUESTO ASIGNADO EN ACUERDO DE CONSUMO CAPÍTULO II y IV sin recetas**
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
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Peso	5
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. 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.

1.1.1.2 HURS PLAN DE EFICIENCIA

Indicador 1	**ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPÍTULO II Y IV**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CALIDAD Y GRADO 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
Peso	5
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 (se medirá teniendo en cuenta lo que representa el consumo de las medidas recogidas en el Plan de eficiencia sobre el consumo total de la UGC), así como el grado de cumplimiento del mismo (impacto económico alcanzado/impacto esperado)

1.1.1.3	Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)
OBJETIVO	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)
META	<= 100%
CÁLCULO	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	3

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3 CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES

1.3.1.1	% de absentismo laboral de los profesionales
OBJETIVO	Mantener la Incapacidad Temporal (IT) del Centro por debajo del 4% en AH
META	< 4% AH
CÁLCULO	Días en IT de los profesionales del centro en el periodo X 100 / Días de contrato de los profesionales en el periodo
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	GERHONTE
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de Personal
ACLARACIONES	Mantener la Incapacidad Temporal (IT) del Centro por debajo del 4% en AH
MÉTODO DE EVALUACIÓN	< 4% AH
PESO	3

2 PERSPECTIVA CIUDADANÍA

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1 LISTA DE ESPERA

2.1.2 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS

2.1.2.1	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos
OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	INFHOS
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	3

2.1.2.2	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos
OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	INFHOS
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.3 SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA

2.3HURS Relaciones con la ciudadanía.

PESO GLOBAL DEL OBJETIVO: 5 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 de colaboración con el voluntariado de Caritas. Proyecto SÍSIFO que acuden a las consultas programadas**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(nº de Pacientes incluidos en el programa que acuden a las visitas programadas/ total de pacientes incluidos en el programa) x 100.
Fuente	UGC (Informe de resultados a partir de Registros internos. Actas de las reuniones realizadas…)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental (Informe UGC) VBº DM
Peso	50% del peso total del Objetivo 2.5 puntos
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. 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	UGC (Informe de resultados a partir de registro de encuestas de satisfacción)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental (Informe UGC) VBº DM
Peso	50% del peso total del Objetivo (2.5 puntos)
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	90%/ 70%

3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.2 INVESTIGACIÓN

3.2.1.1	Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto
OBJETIVO	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto
META	Meta >= media de los 3 últimos años disponibles (Modificación CP SSCC, Junio 2019)
CÁLCULO	Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año
PERIODICIDAD	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	IMIBIC
ACLARACIONES	RESULTADO UGC 2018= 156,147; META 2019 IMIBIC= 145 (SÓLO A TÍTULO ORIENTATIVO)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	6

4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

4.1.1 HOSPITALIZACIÓN

4.1.1.1	Índice de utilización de las estancias hospitalarias
OBJETIVO	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.
META	El límite inferior del intervalo de confianza del Índice de Utilización de Estancias (IUE) en el hospital estará por debajo de la unidad el IUE si estuviera por encima de la misma
CÁLCULO	IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado. IUE = EM observada / EM esperada EME (Estancia Media Esperada): Estancia media que tendría el hospital h (EMEh) si los GRD-APR de las altas CMBD válidas que ha generado hubieran tenido la estancia media del estándar. EMEh = Σ(Nih x EMis) / Σ(Nih) donde: i: GRD-APR i h: hospital h Nih: número de altas en el GRD-APR i en el hospital h EMis: estancia media del GRD-APR i en el estándar
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Servicio de Calidad y Documentación Clínica
ACLARACIONES	Se excluirán los casos sociales en Enfermedades infecciosas
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	4

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2 CALIDAD ASISTENCIAL

4.2.1 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

4.2.1.1HURS1 Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de información y coordinación PROA impulsada desde la Comisión de Infecciones

Peso global del objetivo= 7 Puntos

Indicador	**1 Estrategia de información y seguimiento de UGCs más desviadas en cuanto a presión antibiótica global.**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Presentación de estrategia PROA en Comisión de infecciones / Dirección
Fuente	UGC (Informe de actividades realizadas) Informe de resultados del responsable del programa PROA
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº DM
Peso	3
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE.

Indicador	**2 Realización de auditorías programadas**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Número de auditorías realizadas
Fuente	UGC (Informe de actividades realizadas) Informe de resultados del responsable del programa PROA
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº DM
Peso	3
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	4/2

Indicador	**3 Disminución de la presión Antibiótica global del hospital DDDs globales inferiores al valor de la media del grupo en el tercer trimestre**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Resultado 3ª trimestre de 2019 en consumo global de DDDs del centro: Situación del HURS por debajo de la media de su grupo.
Fuente	PIRASOA
Metodología de Evaluación	Informe de resultados a partir de PIRASOA. VBº DM
Peso	1
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple / no cumple

4.2.1.1HURS2 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 (Informe de actuaciones realizadas y documentación acreditativa Actas de las reuniones…)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº DM
Peso	3 puntos
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple/No cumple
Compartido con	Microbiologia

Indicador	**2 Proporción de bacteriemias significativas valoradas por la UGC de EI**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(nº bacteriemias valoradas / nº total de bacteriemias significativas) x 100.
Fuente	UGC (autoauditoría de una muestra e informe)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº DM
Peso	3 puntos
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. 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. Servicios excluidos: MI, Hematología, Neumología

4.2.1.1HURS3 CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos

Indicador	**Evaluación diaria de los casos seleccionados.**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos
Fuente	UGCs implicadas (Informe conjunto UGCs EEII y Cuidado s Intensivos)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº DM
Peso	3
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE.
Observaciones	La consultoría implica un apoyo para el desarrollo de la investigación clínica en la unidad.

4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL

4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP):

Indicador 1: Dolor (evaluación y reevaluación):
Subdindicador 1.1: Identificación del % de pacientes con valoración del dolor
Subdindicador 1.2 Reevaluación del dolor en pacientes con EVN/PAINAD ≥ 3

Indicador 2: GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

PESO: 5 PUNTOS (al 50%)

Indicador 1	**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 1.1	**1.1 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
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	70%/50%
Subdindicador 1.2	**1.2 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
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	80%/60%

Indicador 2	**2 GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS: % de riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas**
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Número de riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas / Nº Total de riesgos e incidentes notificados) *100
Fuente	- Para el numerador: Informe de la UGC sobre los riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas - Para el denominador: Sistemas de notificación utilizados por la UGC (Observatorio para la Seguridad del Paciente, HURS, UGC, Sociedades Científicas...)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº Dirección
Peso	2,5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	>= 25%
Observaciones	CP-2018 4.1.1.1

5 PERSPECTIVA SALUD PÚBLICA

5.HURS Vigilancia de alerta por caso de tuberculosis considerado alerta por enfermedad de declaración urgente.

Indicador	**% casos de TBC que finalizan tratamiento**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(nº casos con tratamiento completo en 2019 / nº casos de tuberculosis declarados por la UGC en 2018) X 100
Fuente	Aplicación Redalerta de SVEA y registro interno de UGC
Metodología de Evaluación	Informe de la UGC con los resultados y evidencias
Peso	3
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	90% / 75%
Observaciones:	La UGC de Enfermedades Infecciosas deberá remitir a Medicina Preventiva de forma periódica, el listado de pacientes que hayan completado el tratamiento antituberculoso para su registro en el SVEA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los Objetivos Específicos representan el 40% del acuerdo. Serán establecidos por la Dirección teniendo en cuenta las líneas de trabajo de la Unidad.

E01 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCIÓN 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 o alternativas / Nº de pacientes que inician TAR) x 100.
Fuente	Registro de pacientes que inician TAR
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	100%/80%
Observaciones:	El objetivo será reevaluado en función de las evidencias científicas disponibles en cada momento.

E02 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA

Indicador	**Porcentaje de fracaso clínico en antibioterapia domiciliaria.**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes en programa de antibioterapia domiciliaria con fracaso clínico/total de pacientes en programa de antibioterapia domiciliaria) x 100
Fuente	UGC (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. Informe de resultados de la UGC. VBºDM
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. 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

E03 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO

Conseguir iniciar tratamiento del VHC en al menos que el 75% de los pacientes diagnosticados de infección crónica por VHC mediante el programa de diagnóstico precoz de la infección oculta por VHC en poblaciones con alto riesgo y diseminación de la misma a su entorno atendidas en Centros Provinciales de Drogodependencia (CPDs) de Córdoba, puesto en marcha en nuestra Unidad durante 2019.

Indicador	**%Pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo en tratamiento**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Nº pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo en tratamiento /Nº Pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo) x 100
Fuente	UGC (informe de resultados)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental (Informe de la dirección de la UGC). VºBº de la dirección asistencial y presentación del documento
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	75%- 50%
Comentario	El programa será realizado en colaboración con las Unidades Implicadas.

E04 IMPLANTACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.

Indicador	**Nº de sesiones de Telemedicina dirigidas a la atención de pacientes infectados por el VIH de la Prisión Provincial de Córdoba**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Nº de sesiones de telemedicina realizadas
Fuente	UGC (informe de resultados) informe de la Dirección de la Prisión provincial
Metodología de Evaluación	Auditoría documental (Informe de la dirección de la UGC). VºBº de la dirección asistencial y presentación del documento
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	5 / 3
Comentario	El programa será diseñado y ejecutado en colaboración con los Servicios médicos de la Prisión Provincial de Córdoba.

E05 EVITAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH

Indicador	**% Recién nacidos de madres infectadas por VIH incluidas en el programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH no infectados por el retrovirus**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Nº de Recién nacidos de madres infectadas por VIH incluidas en el programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH no infectados por el retrovirus / Nº Total Recién nacidos de madres infectadas por VIH incluidas en el programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH) x 100
Fuente	UGC (informe de resultados a partir de Explotación de los registros)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental (Informe de la UGC). VºBº de la dirección asistencial y presentación del documento
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	100% / 80%
Comentario	Compartido: Obstetricia y Ginecología

TABLA RESUMEN

NºCP	OBJETIVOS COMUNES	PESO
1.1.1.2	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	5
1.1.1.2HURS	Plan de eficiencia	5
1.1.1.3	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	3
1.3.1.1	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales	3
2.1.2.1	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos	3
2.1.2.2	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos	2
2.3HURS	2.3HURS RELACIONES CON LA CIUDADANÍA (básico 1.5 2018)	5
3.2.1.1	Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	6
4.1.1.1	Índice de utilización de las estancias hospitalarias	4
NO	% Consultas realizadas mediante acto único (ANULADO)	0
4.2.1.1H1	4.2.1.1H1 Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de información y coordinación PROA impulsada desde la comisión de Infecciones	7
4.2.1.1H2	4.2.1.1H2 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR	6
4.2.1.1H3	4.2.1.1H3 CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos	3
4.2.4HURS	4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP):	5
5.HURS	5.HURS Vigilancia de alerta por caso de tuberculosis considerado alerta por enfermedad de declaración urgente.	3
	TOTAL	60

Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PESO
1E	E01 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCIÓN VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente.	8
2E	E02 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA	8
3E	E03 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO	8
4E	E04 IMPLANTACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.	8
5E	E05 EVITAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH	8
	TOTAL	40