HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2021

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Aclaración 1: El acuerdo de gestión clínica entra en vigor desde el 1 de junio de 2021

- Aclaración 2: Para las actividades de educación para la salud, se valorará la realización de actividades tanto en modo presencial como en entorno virtual.

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 y Familias, 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 2021.**

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 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.

Debido a las excepcionales circunstancias que han concurrido durante el 2020 y que afectan a la vuelta a la normalidad en el funcionamiento de los centros, se ha decidido modular las metas de determinados objetivos en el Contrato Programa y su evaluación. La evaluación de los objetivos tendrá lugar a final del año si bien se realizará un seguimiento permanente de los mismos con la periodicidad que se indica para cada uno de ellos.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2021 y se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2021, en su bloque de Objetivos Comunes, que a continuación, se exponen:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 4
ÍNDICE 6
OBJETIVOS COMUNES 7
1 PERSPECTIVA ECONÓMICA 7
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS 7
2 PERSPECTIVA CIUDADANÍA 9
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1 LISTA DE ESPERA 9
2.1.2 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS 9
PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS. 9
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.3 SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA 10
2.3HURS Relaciones con la ciudadanía. 10
2.3HURS RELACIONES CON LA CIUDADANÍA: RECLAMACIONES 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
4.1.3 HOSPITAL DE DÍA MÉDICO 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 formación 14
4.2.1.1HURS2 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR 15
4.2.1HURS2 CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos 16
4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL 17
4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP): 17
4.2.4.99HURS5 ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS 19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 21
E01 OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCIÓN VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente. 21
E02 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA 22
E03 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO 23
E04 IMPLANTACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA. 23
E05 EVITAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH 24
TABLA RESUMEN 25

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	<= 102%
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	El periodo de evaluación será el periodo de vigencia del presente acuerdo
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	3

2 PERSPECTIVA CIUDADANÍA

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1 LISTA DE ESPERA

2.1.2 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS

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/ Infoweb
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	3 (antes 4)

PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.

Banco de objetivos	Tiempo desde la notificación de nuevos diagnósticos de infección de VIH (confirmada) por Inmunología a Enfermedades Infecciosas hasta que se cita en consulta de VIH.
OBJETIVO	Tiempo desde el diagnostico VIH confirmado hasta que se cita en consulta de VIH.
META	máximo/ optimo: 4 semanas/ 2 semanas
CÁLCULO	Fecha de notificación WB VIH – fecha 1ª visita consulta VIH.
PERIODICIDAD	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	SIVIH o los servicios de Inmunología y DIRAYA
UNIDAD INFORMANTE	SAS
ACLARACIONES	Crear un sistema urgente de notificación de diagnóstico confirmado de VIH desde Inmunología a Infecciosas con registro de la notificación.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	3

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.3 SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA

2.3HURS Relaciones con la ciudadanía.

PESO GLOBAL DEL OBJETIVO: 2

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	0,5
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	0,5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	90%/ 70%

2.3HURS RELACIONES CON LA CIUDADANÍA: RECLAMACIONES

Indicador 1	**1 Análisis de reclamaciones (Área 7)**
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Informe de la Dirección de la UGC donde se explicite: Análisis de reclamaciones realizado, especificando causas y profesionales implicados, propuesta de mejoras detectadas y puestas en marcha, evaluación, …)
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Auditoría Documental (Informe UGC)
Peso	0,5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI cumple – NO cumple
Observaciones	

Indicador 2.2	**2 Porcentaje de reclamaciones respondidas en plazo (máximo 10 días)**
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Nº de reclamaciones respondidas en plazo * 100 / total de reclamaciones presentadas en la unidad)
Fuente	Aplicación Resuelve
Metodología de Evaluación	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección
Peso	0,5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	LÍMITE SUPERIOR >90% - LÍMITE INFERIOR <70%
Observaciones	Anual

3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.2 INVESTIGACIÓN

3.1.1.3	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
CÁLCULO	Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año
PERIODICIDAD	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	IMIBIC/ Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud
ACLARACIONES	Meta IMIBIC 2021: 190
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 y Dirección médica/Enfermería
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	4 (antes 3)

4.1.3 HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

4.1.3.1	Índice de ambulatorización
OBJETIVO	Incrementar el índice de ambulatorización
META	>2020
CÁLCULO	Nº de sesiones registradas en estación de cuidados 2021/nº de sesiones registradas en E. Cuidados 2020
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDM
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Nº de sesiones de HDM registradas, con información clínica CODIFICABLE.
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Cumple >1 / No cumple <=1
PESO	4 (antes 1)

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 formación

Peso global del objetivo= 10 (antes 6)

Indicador	**1.1 Estrategia de FORMACIÓN residentes de 1º y 3º año sobre prescripción y guías de antibioterapia: Realización de sesiones formativas para residentes de 1º y 3º año sobre optimización de uso de antimicrobianos**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Realización de las actividades formativas
Fuente	Informe de la Comisión de Docencia
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº DM
Peso	2
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE.

Indicador	**1.2 Estrategia de formación con Atención Primaria sobre optimización de uso de antimicrobianos: realización de reuniones sobre optimización de uso de antimicrobianos con AP**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	3 reuniones realizadas
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	(Informe de actividades realizadas) Actas de las reuniones mantenidas con Atención Primaria Auditoría documental, VBº DM
Peso	2
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple / no cumple
Observaciones	La Dirección Médica dinamizará con AP la realización de las reuniones.

Indicador	**1.3 Disminución de la presión Antibiótica global del hospital DDDs globales inferiores al valor de la media del grupo en el tercer trimestre: Mantenimiento de las DDDs globales del hospital por debajo del estándar para el grupo en el tercer trimestre**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	DDDs globales del hospital / Media DDDs del grupo en el tercer trimestre < 1
Fuente	PIRASOA
Metodología de Evaluación	Informe de resultados a partir de PIRASOA. VBº DM
Peso	2
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple / no cumple

4.2.1.1 Presión antibiótica global: Se medirá con periodicidad trimestral, comparando las DDDs para cada unidad por trimestres. Este año sólo aplica para 3º y 4º trimestre.

4.2.1.1HURS2 Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR

Indicador	**2.1 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	1
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple/No cumple
Compartido con	Microbiología

Indicador	**2.2 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
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. Indicador 2: Proporción de bacteriemias significativas valoradas por el UGC de EI. Servicios excluidos: MI, Hematología, Neumología, CCV

4.2.1HURS2 CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos

Indicador	**CONSULTORÍA ESPECÍFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y CIRUGÍA GENERAL**
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Facilitar la evaluación de pacientes críticos y Cirugía General con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos
Fuente	UGCs implicadas (Informe conjunto UGCs EEII, Cuidados Intensivos y Cirugía General)
Metodología de Evaluación	Evaluación diaria de los casos seleccionados
Peso	4 (antes 2)
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE.
Observaciones	La consultoría implica un apoyo para el desarrollo de la investigación clínica en la unidad.

4.2.1.4	Revisar las prescripciones activas de los pacientes polimedicados
OBJETIVO	Revisar las prescripciones de >=90% de los pacientes con >=15 prescripciones activas de medicamentos en receta XXI
META	>= 90%
CÁLCULO	(Pacientes polimedicados revisados hasta diciembre 2021/pacientes polimedicados enero a diciembre 2021) *100
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA-MTI
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	SE APLICARÁ A REVISIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR LA UNIDAD ESPECÍFICAMENTE
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	**2**

4.2.1.6	Prescripción por principio activo
OBJETIVO	promover la prescripción por principio activo
META	**>=95%**
CÁLCULO	Nº de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables x100/ nº total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables
PERIODICIDAD	Mensual acumulados del periodo enero 2021-diciembre 2021
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA-MTI
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	**2**

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: SEGURIDAD DEL PACIENTE CP 2021

PESO: 3 (ANTES 5 PUNTOS)

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	0.5 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	0.5 Puntos
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	80%/60%

SEGURIDAD DEL PACIENTE CP-2021

Objetivo	**1 Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje.**
Indicador	Se potencia la gestión de riesgos e incidentes notificados y la implantación de acciones de mejora
Tipo Indicador	Cuantitativo
Periodicidad	Semestral (30 de junio y 31 de diciembre)
Fórmula	(Número de riesgos e incidentes analizados (resueltos o con acciones de mejora) / Nº Total de riesgos e incidentes notificados) *100
Cumplimiento	>40%
Fuente:	Sistema de Notificación Autonómico: Sistema de Notificación propio: La Unidad deberá remitir un Informe semestral (que contenga el número de notificaciones realizadas, número de incidentes analizados (resueltos y/o con acciones de mejora) y relación de acciones de mejora implantadas tras el análisis.
PESO	1

Objetivo	**2 Desarrollar actuaciones para concienciar a pacientes y ciudadanía sobre prevención de riesgos.**
Indicador	Desarrollo de actividades para concienciar a pacientes y ciudadanía en SP
Tipo Indicador	Cualitativo
Periodicidad	Anual
Fórmula	Memoria de actividades
Cumplimiento	Si/No
Fuente:	Informe de la unidad
PESO	1

4.2.4.99HURS5 ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS

Peso global= 4(antes 3)

Indicador 1	**Registro Enfermero completo (valoración, PC e ICC al alta)**
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes con proceso enfermero completo (valoración, plan de cuidados e ICC al alta) / total de pacientes ingresados en su unidad) x100
Fuente	Estación de cuidados
Metodología de Evaluación	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	1
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	80% - 70%
Observaciones	

Indicador 2	**Prevención de caídas en paciente hospitalizado**
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Episodios con más de 24 horas con riesgo de caídas en la valoración inicial a los que se les aplica una escala de valoración del riesgo de caídas / Episodios con más de 24 horas con riesgo de caídas en la valoración inicial) x100
Fuente	Estación de cuidados
Metodología de Evaluación	>=60%: 100% de los puntos <40% 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor
Peso	1
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	Límite superior>60%. Límite inferior >40%.
Observaciones	Escala de valoración Cuestionario de Cribado de Caídas / escala Humpty Dumpty en Pediatría y Cirugía pediátrica.

4.2.4.5	% de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP)
OBJETIVO	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP
META	>=60%
CÁLCULO	Episodios con más de 24 horas con riesgo de UPP en la valoración inicial a los que se les aplica una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (Adultos: Braden; Pediatría Braden Q, Neonatos NSRAS, Uci: COMHON)
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia digital de Cuidados
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Episodios con ingreso de más de 24h con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (Adultos: Braden y/o EMINA, Pediatría: Braden Q, Neonatos: NSRAS, UCI: COMHON) Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>=60%: 100% de los puntos <40% 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor
PESO	1

4.2.4.6	% de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis
OBJETIVO	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis
META	>=60%
CÁLCULO	Episodios con más de 24 horas de ingreso con cuestionario realizado de retirada de catéter venosox100/Población diana
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia digital de Cuidados
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Población Diana: 75% de los episodios de más de 24 h al alta Se estima que el 75% de los episodios que permanecen ingresados más de un día requieren uso de catéter venoso
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>=60%: 100% de los puntos. <30% 0% de los puntos. Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor
PESO	1

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
Periodicidad	Mensual
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	100% / 80%
Observaciones:	Se excluirán para el análisis aquellos pacientes que presenten situaciones clínicas en las que el uso de regímenes no preferentes esté indicado por su mayor eficacia o seguridad (ejemplo TB en VIH...), o en los que el patrón de resistencias basales exija el uso de regímenes especiales.

E02 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA

Indicador	Evaluación de la eficacia clínica y satisfacción del paciente del programa de administración de antibioterapia domiciliaria (DAD).
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes en programa de antibioterapia domiciliaria con fracaso clínico o insatisfacción/total de pacientes en programa de antibioterapia domiciliaria) x 100
Fuente	UGC (Registro propio de la UGC e Historias Clínicas)
Periodicidad	Anual
Metodología de Evaluación	Análisis de la base de datos del programa DAD y revisión de los historiales clínicos de los pacientes incluidos y registros de encuestas de satisfacción. Informe de resultados de la UGC. VBºD
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	5% - 12%
Observaciones	Porcentaje de fracaso clínico/insatisfacción del paciente. Se considerará fracaso clínico/insatisfacción del paciente 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). d) Calificación de Deficiente en la encuesta de satisfacción del paciente.
Compartido con	Cuidados Paliativos

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 2021

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)
Periodicidad	Mensual
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 durante el 2021
Fuente	UGC (informe de resultados) informe de la Dirección de la Prisión provincial y actas de las reuniones
Periodicidad	Anual
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	8 sesiones / 5 sesiones
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. Se incluirán en el análisis mujeres embarazadas incluidas en el Programa de Prevención de la transmisión materno infantil del VIH y permanezcan en el mismo en el momento del parto.

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
Banco objetivos	*Tiempo desde el diagnostico de VIH confirmado por Microbiología hasta que se cita en consulta VIH*	3
2.1.2.2	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos	3
2.3HURS	2.3HURS RELACIONES CON LA CIUDADANÍA	2
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
4.1.3.1	Índice de Ambulatorización	4
4.1.4.1	%Primeras consultas con respecto al total	0
4.2.1.1HURS1.1	4.2.1.1H1 1 Estrategia de FORMACIÓN residentes de 1º y 3º año sobre prescripcion y guias de antibioterapia	2
4.2.1.1HURS1.2	4.2.1.1H2 Estrategia de formación con Atención Primaria sobre optimización de uso de antimicrobianos	2
4.2.1.1HURS1.3	*3 Disminución de la presión Antibiótica global del hospital DDDs globales inferiores al valor de la media del grupo en el tercer trimestre*	*2*
4.2.1.1HURS2.1	*1 Reunión diaria con el servicio de Microbiología y Preventiva para comentar los resultados diarios de los hemocultivos*	*1*
4.2.1.HURS2.2	*2 Proporción de bacteriemias significativas valoradas por la UGC de enfermedades infecciosas*	*3*
4.2.1.HUR2.3	CONSULTORIA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRITICOS Y CIRUGÍA GENERAL (en 2020 solo era UCI y ahora está también C. General)	4
4.2.1.4	Revisión de polimedicados	2
4.2.1.6	Prescripción por principio activo >95%	2
4.2.4HURS	4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP)	3
4.2.4.99HURS	4.2.4.99HURS ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	2
4.2.4.5	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP	1
4.2.4.6	Seguimiento de cateteres venosos: prevención de flebitis	1
	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