HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2022

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Hospital Universitario Reina Sofía
Avda. Menéndez Pidal, s/n 14004 Córdoba
Tel. 957 010 000www: hospitalreinasofia.org

RED ANDALUZA DE servicios sanitarios y espacios LIBRES DE HUMO

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ACUERDO DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES 2022

En Córdoba, 26 de abril de 2022

Unidad Asistencial: Enfermedades Infecciosas

Centro Gestor: Hospital Universitario Reina Sofía

Reunidos:

De una parte la Unidad Asistencial y en su nombre y representación Don Julián de la Torre Cisneros en calidad de Director de la Unidad.

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

Acuerdan:

El reconocimiento de la Unidad Asistencial para el año 2022 arriba indicada, cuyos objetivos e indicadores se registran en la aplicación corporativa SIAGC y los profesionales que la componen en el módulo EXPEDIENTES de la aplicación corporativa GERHONTE.

Fdo: Valle García Sánchez

Fdo: Julián de la Torre Cisneros

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 estos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2022.

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 apueste 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 paciente**. Debe ser el centro de nuestra actuación y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.

- **Los profesionales** como principal activo del Sistema Sanitario Público Andaluz.

- Mejora **del modelo de gestión**.

- **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 solo 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 necesidades 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 2022 y se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2022, en su bloque de Objetivos Comunes, que a continuación, se exponen. Además, el presente Acuerdo incluye una serie de Objetivos Específicos, pactados entre la Dirección y las Unidades, que se orientan también a la consecución de resultados en salud, en este caso relativos a la actividad concreta que desarrolla cada unidad. Estos Objetivos Específicos se despliegan a continuación de los Comunes.

ACLARACIÓN: el presente acuerdo tiene vigencia desde el día 1 de enero de 2.022

Unidad Asistencial	*ENFERMEDADES INFECCIOSAS*

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Económica*
Código Objetivo	*1.1.1.2*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)*		
Código Indicador	*1.1.1.2.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*NIVEL DE CUMPLIMIENTO*		
Fuente	*Dirección General de Gestión Económica y Servicios*		
Metodología	*Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*10*	**LimInf** 0	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Económica*
Código Objetivo	*1.1.1.2H*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA*		
Código Indicador	*1.1.1.2H.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPÍTULO II Y IV*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*NIVEL DE CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA*		
Fuente	*Subdirección Económica Control de Gestión*		
Metodología	*Informe de resultados por parte de la Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión Subdirección Económica Control Gestión*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*10*	**LimInf** 0	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Económica*
Código Objetivo	*1.1.1.3*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)*		
Código Indicador	*1.1.1.3.1*	**Peso del Indicador**	*3*
Indicador	*Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo*		
Fuente	*FARMA*		
Metodología	*Informe UGC*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta** *<=100%*
Periodicidad			
Aclaraciones	*El período de evaluación será de enero a diciembre de 2022*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Ciudadanía*
Código Objetivo	*2.1.2.2*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido*		
Código Indicador	*2.1.2.2.1*	**Peso del Indicador**	*3*
Indicador	*Número de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% puntos*		
Fuente	*Modulo Citación*		
Metodología	*0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% puntos* *Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita d*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*10*	**LimInf**	0
Meta	*META = 0*		
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AH: 100% de los puntos* *En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio:* *-Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH el último día del año es <= media del número de pacientes con demora mayor de 60 días el último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos* *- Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH el último día del año > media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH el último día de los dos años anteriores: 0% de los puntos*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Ciudadanía*
Código Objetivo	*2.1.2.H*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.*		
Código Indicador	*2.1.2.H.1*	**Peso del Indicador**	*3*
Indicador	*PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.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.*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Fecha de notificación WB VIH fecha 1ª visita consulta VIH.*		
Fuente	*SIVIH o los servicios de Inmunología y DIRAYA*		
Metodología	*máximo/ óptimo: 4 semanas/ 2 semanas*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*4*	**LimInf** 2	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Ciudadanía*
Código Objetivo	*2.3H*	**Peso Objetivo**	*1,5*
Objetivo	*Relaciones con la ciudadanía*		
Código Indicador	*2.3H.2*	**Peso del Indicador**	*0,5*
Indicador	*Tiempo medio de respuesta entre 7-10 días*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Tiempo medio de respuesta de reclamaciones*		
Fuente	*APLICACIÓN RESUELVE*		
Metodología	*Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección médica*		
Signo	*Descendente*		
LimSup	*7*	**LimInf** 10	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Ciudadanía*
Código Objetivo	*2.3H*	**Peso Objetivo**	*1,5*
Objetivo	*Relaciones con la ciudadanía*		
Código Indicador	*2.3H.4*	**Peso del Indicador**	*0,5*
Indicador	*1. Mejorar la correcta adherencia al seguimiento en consultas externas de pacientes con riesgo de exclusión social: Porcentaje de pacientes incluidos en el programa de colaboración con el voluntariado de Cáritas. Proyecto SISIFO que acuden a las consultas*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número 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.)*		
Metodología	*Auditoría documental (Informe UGC) Visto bueno de Dirección médica*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*90*	**LimInf** 70	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Ciudadanía*
Código Objetivo	*2.3H*	**Peso Objetivo**	*1,5*
Objetivo	*Relaciones con la ciudadanía*		
Código Indicador	*2.3H.1*	**Peso del Indicador**	*0,5*
Indicador	*Análisis de las reclamaciones*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*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	*Auditoría Documental (Informe UGC)*		
Signo	*Cumple/No cumple*		
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Conocimiento*
Código Objetivo	*3.1.1.3*	**Peso Objetivo**	*4*
Objetivo	*Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto*		
Código Indicador	*3.1.1.3.1*	**Peso del Indicador**	*4*
Indicador	*Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto. META IMIBIC 2022=220*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año*		
Fuente	*IMPACTIA*		
Metodología	*>= media de los 3 últimos años: 100% puntos* *<= media de los 3 últimos años /2: 0% puntos* *El intervalo comprendido entro los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta** *Media 3 ultim. Años*
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*La meta ha cambiado CP22 pero cada unidad tiene una distinta*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Conocimiento*
Código Objetivo	*3.1.1.3H*	**Peso Objetivo**	*2*
Objetivo	*Incrementar la captación de fondos de EECC*		
Código Indicador	*3.1.1.3H.4*	**Peso del Indicador**	*2*
Indicador	*>= media de los 3 últimos años en facturación de EECC*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Facturación en EECC >= media de los 3 últimos años*		
Fuente	*IMIBIC*		
Metodología	*Facturación de EECC >=media 3 últimos años*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta** *150000*
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*OBJETIVO NUEVO*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.1.1.1*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.*		
Código Indicador	*4.1.1.1.1*	**Peso del Indicador**	*3*
Indicador	*Límite inferior del IC del Índice de utilización de las estancias hospitalarias (Se excluirán los casos sociales en Enfermedades infecciosas y Dirección médica/Enfermería)*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*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)*		
Fuente	*CMBD HOSPITALIZACIÓN*		
Metodología	*<= 1: 100% de los puntos* *>1=% de los puntos*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta** *Lim Inf IC IUE <=1*
Periodicidad	*Trimestral*		
Aclaraciones	*Los SSCC enviarán los Estándares trimestrales de los GDR-APR del conjunto de los hospitales para el cálculo de los IUE*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.1.3.1*	**Peso Objetivo**	*4*
Objetivo	*Contribuir al índice de ambulatorización del HURS*		
Código Indicador	*4.1.3.1.1*	**Peso del Indicador**	*4*
Indicador	*Número de sesiones de HDM registradas con información clínica codificada*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Número de sesiones HDM 2022 >1000*		
Fuente	*CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDM*		
Metodología			
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*1000*	**LimInf**	800
Meta	*>1000*		
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Este indicador se ha modificado respecto al año anterior*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.2.1.4*	**Peso Objetivo**	*2*
Objetivo	*Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedicado (con >=10 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamiento superior o igual a 180 días)*		
Código Indicador	*4.2.1.4.1*	**Peso del Indicador**	*2*
Indicador	*Ratio de prescripciones activas por paciente polimedicados*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Prescripciones activas por pacientes polimedicados a 31 de diciembre 2021-Prescripciones activas por pacientes polimedicados a 31 de diciembre 2022)*100/Prescripciones activas por pacientes polimedicados a 31 de diciembre 2021*		
Fuente	*FARMA*		
Metodología	*>= 10%: 100% de los puntos* *< 5%: 0% de los puntos* *El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*10*	**LimInf** 5	**Meta** *>=10%*
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Se consideran solamente las prescripciones realizadas mediante receta electrónica* *Paciente polimedicado es aquel que tiene 10 o más prescripciones activas de medicamentos con una duración de tratamiento superior o igual a 180 días*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.2.1.6*	**Peso Objetivo**	*2*
Objetivo	*Promover la prescripción por principio activo*		
Código Indicador	*4.2.1.6.1*	**Peso del Indicador**	*2*
Indicador	*Porcentaje de prescripción por principio activo >=95%*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Número de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables x100/ nº total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables*		
Fuente	*FARMA*		
Metodología	*>= 95%: 100% de los puntos* *< 92 %: 0% Los valores intermedios se calcularán con una función de valor*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*95*	**LimInf** 92	**Meta** *>= 95%*
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Período de enero a diciembre 2022*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.2.4.5*	**Peso Objetivo**	*1*
Objetivo	*Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión(UPP)*		
Código Indicador	*4.2.4.5.1*	**Peso del Indicador**	*1*
Indicador	*% de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) >=60%*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Episodios con mas de 24h con riesgo de UPP en la valoración inicial a los que se les aplica una escala de valoración del riesgo UPP *100/Episodios con más de 24h ingresados con riesgo UPP en la valoración inicial*		
Fuente	*Historia digital de Cuidados*		
Metodología	*>= 60%: 100% de los puntos* *<= 40%: 0% de los puntos.* *Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*60*	**LimInf** 40	**Meta** *>=60%*
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Escalas a utilizar (Adultos: Braden. Pediatría Braden Q, Neonatos NSRAS, Uci: COMHON)* *Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con riesgo UPP en la Valoración Inicial*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.2.4.6*	**Peso Objetivo**	*1*
Objetivo	*Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis*		
Código Indicador	*4.2.4.6.1*	**Peso del Indicador**	*1*
Indicador	*% de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Episodios con mas de 24h de ingreso con cuestionario realizado de retirada de catéter venoso x100/Población Diana(75% de los episodios de mas de 24 h al alta)*		
Fuente	*Historia digital de Cuidados*		
Metodología	*>=50%: 100% de los puntos* *<=25%: 0% de los puntos* *Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*50*	**LimInf** 25	**Meta** *>= 50%*
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Población Diana: 75% de los episodios de más de 24 h al alta ya que se estima que el 75% de los episodios que permanecen ingresados más de 1 día requieren uso de catéter venoso*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.2.4.7*	**Peso Objetivo**	*1*
Objetivo	*Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje*		
Código Indicador	*4.2.4.7.1*	**Peso del Indicador**	*1*
Indicador	*Porcentaje de gestión de riesgos e incidentes*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número de riesgos e incidentes analizados y resueltos y/o con acciones de mejora) x 100 / Número total de riesgos e incidentes notificados*		
Fuente	*Sistema de Notificación Autonómico o Sistema de Notificación propio*		
Metodología	*>= 70%: 100% de los puntos* *>=50% y <= 70: 50% de los puntos* *<50%: 0% de los puntos*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*70*	**LimInf** 50	**Meta** *>=70%*
Periodicidad	*Semestral*		
Aclaraciones	*Este objetivo ha cambiado el código. El año pasado era código HURS*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H1*	**Peso Objetivo**	*6*
Objetivo	*Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación*		
Código Indicador	*4.211H1.1*	**Peso del Indicador**	*2*
Indicador	*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*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Realización de las actividades formativas*		
Fuente	*Unidad de Formación (Joaquín Toro)*		
Metodología	*Auditoría documental, visto bueno de Dirección médica*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H1*	**Peso Objetivo**	*6*
Objetivo	*Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación*		
Código Indicador	*4.211H1.2*	**Peso del Indicador**	*2*
Indicador	*2 Estrategia de formación con Atención Primaria sobre optimización de uso de antimicrobianos: realización de, al menos, dos reuniones sobre optimización de uso de antimicrobianos con AP*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Número de reuniones realizadas (2 reuniones)*		
Fuente	*UGC*		
Metodología	*(Informe de actividades realizadas) Actas de las reuniones mantenidas con Atención Primaria Auditoría documental, visto bueno de Dirección asistencial de Distrito Córdoba-Guadalquivir*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H1*	**Peso Objetivo**	*6*
Objetivo	*Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación*		
Código Indicador	*4.211H1.3*	**Peso del Indicador**	*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: Mantenimiento de las DDDs globales del hospital por debajo del estándar para el grupo en el tercer trimestre*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*DDDs globales del hospital / Media DDDs del grupo en el tercer trimestre < 1*		
Fuente	*PIRASOA*		
Metodología	*Informe de resultados a partir de PIRASOA. Visto bueno de Dirección médica*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H2*	**Peso Objetivo**	*4*
Objetivo	*Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAURNN*		
Código Indicador	*4.211H2.1*	**Peso del Indicador**	*1*
Indicador	*1 Información compartida con el servicio de microbiología para comentar los resultados de los hemocultivos*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Reuniones, carpeta compartida en ALFRESCO/ Auditoría de historias 1 semana en cada cuatrimestre*		
Fuente	*UGC (Informe de actuaciones realizadas y documentación acreditativa del tras*		
Metodología	*UGC (Informe de actuaciones realizadas y documentación acreditativa del traspaso de información)*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones	*Se elaborará un informe cuatrimestral de las actuaciones llevada a cabo de manera conjunta por la Unidad de Infecciosos y Microbiología con propuestas de mejora en función de los resultados encontrados en las autoauditorías*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H2*	**Peso Objetivo**	*4*
Objetivo	*Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAURNN*		
Código Indicador	*4.211H2.2*	**Peso del Indicador**	*3*
Indicador	*2 Proporción de bacteriemias significativas valoradas por la UGC de EI. Servicios excluidos: MI, Neumología, Cuidados Paliativos*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(número bacteriemias valoradas / número total de bacteriemias significativas) x 100.*		
Fuente	*UGC (autoauditoría de una muestra e informe)*		
Metodología	*Auditoría documental, visto bueno de Dirección Médica*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*95*	**LimInf** 75	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Autoauditoria de historias: 1 por cuatrimestre con revisión de 19 historias clínicas en cada una, comprobando la actuación de la UGC de E. Infecciosas*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H3*	**Peso Objetivo**	*4*
Objetivo	*CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos*		
Código Indicador	*4.211H3.1*	**Peso del Indicador**	*4*
Indicador	*CONSULTORÍA ESPECÍFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS POSTQUIRÚRGICOS*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Facilitar la evaluación de pacientes críticos POSTQUIRÚRGICOS con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos con comunicación mediante interconsulta electrónica*		
Fuente	*UGCs implicadas (Informe conjunto UGCs EEII y Cuidados críticos post quirúr*		
Metodología	*Informe de la UGC con resultados de interconsultas electrónicas realizadas por Cuidados críticos postquirúrgicos, visto bueno de Dirección médica*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.211H4*	**Peso Objetivo**	*2*
Objetivo	*COLABORACIÓN CON LA DIRECCIÓN PARA ESTABLECER UNA ESTRATEGIA DE DISMINUCIÓN/MANTENIMIENTO DEL LAS DDDs DE ANTIBIÓTICOS EN UNIDADES SELECCIONADAS.*		
Código Indicador	*4.211H4.1*	**Peso del Indicador**	*2*
Indicador	*El centro dispondrá de una estrategia para la reducción del consumo de antibióticos, con especial énfasis en acciones dirigidas a unidades seleccionadas en función de su consumo en DDD/1000e*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Diseño del plan: - Análisis del consumo de cada unidad en el 2021. - Diseño de objetivos de consumo en unidades seleccionadas. -Reunión con las unidades seleccionadas. - Realización de las actividades de intervención que se decida en cada unidad*		
Fuente	*UGC (informe de resultados)*		
Metodología	*Auditoría documental (Informe de la UGC). Visto bueno dirección de la dirección asistencial y presentación del documento*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Cumple/No cumple*		

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.249H*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS*		
Código Indicador	*4.249H.4*	**Peso del Indicador**	*0,5*
Indicador	*Medición del dolor: % de episodios con dolor evaluado en las primeras 24h, con dolor controlado con respecto al total*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*% de episodios con dolor evaluado en las primeras 24 h, con dolor controlado con respecto al total*		
Fuente	*Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)*		
Metodología	*Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*80*	**LimInf** 60	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.249H*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS*		
Código Indicador	*4.249H.1*	**Peso del Indicador**	*1*
Indicador	*Prevención de caídas en paciente hospitalizado*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(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	*Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido >=60%: 100% de los puntos <40% 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*60*	**LimInf** 40	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.249H*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS*		
Código Indicador	*4.249H.2*	**Peso del Indicador**	*1*
Indicador	*Registro Enfermero completo (valoración, PC e ICC al alta.*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*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	*Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*80*	**LimInf**	70
Meta			
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.249H*	**Peso Objetivo**	*3*
Objetivo	*ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS*		
Código Indicador	*4.249H.3*	**Peso del Indicador**	*0,5*
Indicador	*Medición del dolor: Identificación del % de pacientes con valoración del dolor*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número de pacientes a los que se le ha evaluado el dolor x 100/ Total de pacientes ingresados en la Unidad)*		
Fuente	*Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)*		
Metodología	*Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*70*	**LimInf**	50
Meta			
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Común*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.24H1*	**Peso Objetivo**	*0,5*
Objetivo	*Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE*		
Código Indicador	*4.24H1.2*	**Peso del Indicador**	*0,5*
Indicador	*Seguridad del paciente: 2 Desarrollar actuaciones para concienciar a pacientes y ciudadanía sobre prevención de riesgos.*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Memoria de actividades*		
Fuente	*Informe de la unidad que incluya el numero, tipo y descripción de actividades r*		
Metodología	*Informe de la Unidad. Visto bueno de la Dirección médica*		
Signo			
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.1E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCIÓN VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente.*		
Código Indicador	*4.1E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
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)*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Número de pacientes que inician TAR con pautas preferentes o alternativas / Número de pacientes que inician TAR) x 100*		
Fuente	*Registro de pacientes que inician TAR*		
Metodología	*Autoevaluación del listado de pacientes naive proporcionado por la UGC y validado por farmacia. Validación por la DM del informe de autoevaluación.*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*100*	**LimInf** 80	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*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.*		

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.2E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*Mejorar la detección del VIH en un cribado oportunista en Urgencias*		
Código Indicador	*4.2E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*Porcentaje de pacientes detectado en urgencias mediante cribado inmunológico "urgente" que es citado en las consultas de seguimiento de la UGC de EEII*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número de pacientes con cribado positivo citados en la consulta de seguimiento de EEII / número total de pacientes con positividad para VIH detectado en cribado oportunista en Urgencias) x100*		
Fuente	*Registro interno de la UGC de Urgencias y EEII*		
Metodología	*Auditoría de historias de listados semanales de casos enviados desde Urgencias*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*95*	**LimInf** 90	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.3E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO*		
Código Indicador	*4.3E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*% Pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo en tratamiento*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo en tratamiento /Número pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo) x 100*		
Fuente	*UGC (informe de resultados)*		
Metodología	*Auditoría documental (Informe de la dirección de la UGC). Visto bueno de la dirección asistencial y presentación del documento*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*75*	**LimInf**	50
Meta			
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.4E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*IMPLANTACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.NN*		
Código Indicador	*4.4E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*Número de sesiones de Telemedicina dirigidas a la atención de pacientes infectados por el VIH de la Prisión Provincial de Córdoba*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Número de sesiones de telemedicina realizadas*		
Fuente	*UGC (informe de resultados) informe de la Dirección de la Prisión provincial*		
Metodología	*Auditoría documental (Informe de la dirección de la UGC). Visto bueno de la dirección asistencial y presentación del documento*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*8*	**LimInf** 5	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.5E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*EVITAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH*		
Código Indicador	*4.5E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
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*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*Número 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 / Número Total Recién nacidos de madres infectadas por VIH incluidas en el programa de*		
Fuente	*UGC (informe de resultados a partir de Explotación de los registros*		
Metodología	*Auditoría documental (Informe de la UGC). Visto bueno de la dirección asistencial y presentación del documento*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*100*	**LimInf** 80	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*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) x100*		

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.6E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*EVITAR EVENTOS ADVERSOS DE VORICONAZOL.*		
Código Indicador	*4.6E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*Porcentaje de pacientes tratados con voriconazol en unidades de riesgo (UCI, UCP, hematología y trasplantes) que tiene monitorización de niveles*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número de pacientes tratados con voriconazol en unidades de riesgo (uci, ucp, hematología y trasplantes) que tiene monitorización de niveles / total de pacientes tratados con voriconazol en esas unidades) x 100*		
Fuente	*SSII de Farmacia (Farmacocinética)*		
Metodología	*Autoauditoría de la ugc a partir de listados de tratamientos proporcionados por farmacia e informes de niveles. Validación por la dirección médica*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*100*	**LimInf** 70	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.7E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*Puesta en marcha de un protocolo de manejo de la espondilitis infecciosa coordinado con radiología intervencionista y unidad de columna*		
Código Indicador	*4.7E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*El centros hospitalarios dispondrá de un procedimiento de manejo de la espondilitis infecciosa con la coordinación de Enfermedades infecciosas, radiología intervencionista y Unidad de Columna*		
Cuanti-Cuali	*Cualitativo*		
Fórmula	*Evidencia documental de la puesta en marcha del protocolo en el 4º trimestre de 2022*		
Fuente	*Informe conjunto de las 3 UGCs partipantes*		
Metodología	*Revisión documental (protocolo y actas de las reuniones de coordinación con el visto bueno la dirección médica*		
Signo	*Cumple/No cumple*		
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones	*Compartido con Radiodiagnóstico y traumatología*		

Tipo Objetivo	*Específico*	**Area**	*Proceso Asistencial*
Código Objetivo	*4.8E*	**Peso Objetivo**	*5*
Objetivo	*Mejora en el tramiento de los pacientes diagnosticados de ITS tratables en Consultas de ITS de la UGC de Enfermedades Infecciosas*		
Código Indicador	*4.8E.1*	**Peso del Indicador**	*5*
Indicador	*Porcentaje de pacientes diagnosticados de ITS tratables en Consultas de ITS de la UGC de Enfermedades Infecciosas que completan el tratamiento prescrito*		
Cuanti-Cuali	*Cuantitativo*		
Fórmula	*(Número de pacientes que inician Diagnosticados de ITS que completan el tratamiento prescrito/ Número de pacientes con ITS a los que se prescribe tratamiento) x 100.*		
Fuente	*Registro de pacientes con ITS de la UGC, Explotación de Estación Clínica*		
Metodología	*Informe de la dirección de la UGC y aportación de evidencia que sustenta los resultados*		
Signo	*Ascendente*		
LimSup	*0,9*	**LimInf** 0,75	**Meta**
Periodicidad	*Anual*		
Aclaraciones			

Tabla Resumen Objetivos

AGC_2022 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
Común				
	Económica	1.1.1.2	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	5
	Económica	1.1.1.2H	1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA	5
	Económica	1.1.1.3	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	3
	Ciudadanía	2.1.2.2	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido	3
	Ciudadanía	2.1.2.H	PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.	3
	Ciudadanía	2.3H	Relaciones con la ciudadanía	1,5
	Conocimiento	3.1.1.3	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	4
	Conocimiento	3.1.1.3H	Incrementar la captación de fondos de EECC	2
	Proceso Asistencial	4.1.1.1	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.	3
	Proceso Asistencial	4.1.3.1	Contribuir al índice de ambulatorización del HURS	4
	Proceso Asistencial	4.2.1.4	Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedicado (con >=10 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamiento superior o igual a 180 días)	2
	Proceso Asistencial	4.2.1.6	Promover la prescripción por principio activo	2
	Proceso Asistencial	4.2.4.5	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión(UPP)	1
	Proceso Asistencial	4.2.4.6	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis	1
	Proceso Asistencial	4.2.4.7	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	1

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
	Proceso Asistencial	4.211H1	Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación	6
	Proceso Asistencial	4.211H2	Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAURNN	4
	Proceso Asistencial	4.211H3	CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos	4
	Proceso Asistencial	4.211H4	COLABORACIÓN CON LA DIRECCIÓN PARA ESTABLECER UNA ESTRATEGIA DE DISMINUCIÓN/MANTENIMIENTO DEL LAS DDDs DE ANTIBIÓTICOS EN UNIDADES SELECCIONADAS.	2
	Proceso Asistencial	4.249H	ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	3
	Proceso Asistencial	4.24H1	Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	0,5
			Total pesos por tipo Objetivo	**60**
Específico				
	Proceso Asistencial	4.1E	OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO (TAR) DE INICIO DE LA INFECCIÓN VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente.	5
	Proceso Asistencial	4.2E	Mejorar la detección del VIH en un cribado oportunista en Urgencias	5
	Proceso Asistencial	4.3E	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO	5
	Proceso Asistencial	4.4E	IMPLANTACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.NN	5
	Proceso Asistencial	4.5E	EVITAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH	5
	Proceso Asistencial	4.6E	EVITAR EVENTOS ADVERSOS DE VORICONAZOL.	5
	Proceso Asistencial	4.7E	Puesta en marcha de un protocolo de manejo de la espondilitis infecciosa coordinado con radiología intervencionista y unidad de columna	5
	Proceso Asistencial	4.8E	Mejora en el tramiento de los pacientes diagnosticados de ITS tratables en Consultas de ITS de la UGC de Enfermedades Infecciosas	5
			Total pesos por tipo Objetivo	**40**
			Total pesos	**100**