HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2023

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

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

ACUERDO DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES 2023

En Córdoba a 28 de abril de 2023

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 Jefe de Servicio de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y **Don Manuel Recio Rufián** en calidad de Supervisor 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 2023 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.

El Jefe de Servicio

Fdo: Julián de la Torre Cisneros

La Directora Gerente

Fdo: Valle García Sánchez

El Supervisor

Fdo: Manuel Recio Rufián

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.

Corresponde al Servicio Andaluz de Salud el ejercicio de las funciones que se especifican en el presente decreto, con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía y, en particular, las siguientes:

a) 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 que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

b) La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.

c) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El desarrollo alcanzado obliga a toda la Organización sanitaria a ofrecer una respuesta eficaz para garantizar la efectividad de los derechos; para ofrecer los avances más relevantes que se vayan produciendo en materia de tecnologías e investigación y, de modo particular, prestar especial atención a los grupos de población más vulnerables que necesitan de la asistencia sanitaria.

La respuesta pasa necesariamente por la puesta en práctica de una política de transparencia informativa en la gestión de los recursos, la potenciación de nuevas fórmulas de gestión y organización, y por prestar especial atención a los profesionales como protagonistas y ejecutores de las políticas sanitarias.

El Decreto 156/2022 de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo 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 a la Consejería de Salud y Consumo, en relación con los presupuestos y el Contrato-Programa tanto del Servicio Andaluz de Salud, como de la entidad que tiene adscrita.

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 2023.

Desde la Consejería de Salud y Consumo, 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. Por tanto, no cabe duda de que una primera perspectiva en este Contrato Programa será **la accesibilidad**.

Avanzando en la búsqueda de la excelencia, una segunda perspectiva será **la humanización**. Para conseguirlo un instrumento clave es el Plan de Humanización puesto en marcha por la Consejería para y con la ciudadanía, respetando la dignidad de las personas y sus derechos, incorporando lo que realmente tiene valor para el paciente, y ofreciendo unas condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales. En definitiva, se trata de avanzar hacia un sistema sanitario centrado en los profesionales, los pacientes y sus familiares, es decir, centrado en las personas.

Los elementos claves que incorpora el Plan de Humanización son:

- La construcción de una cultura de trabajo humanizada, en la que el buen trato al paciente se encuentre en el centro de las actuaciones sanitarias
- La corresponsabilidad entre todas las disciplinas sanitarias en la construcción de esta cultura humanizada
- La personalización de la asistencia, adaptada a las necesidades concretas de cada individuo
- El compromiso con la calidad, concretamente con la dimensión de calidad percibida por el paciente
- La mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias de calidad

Además, el género, como determinante reconocido de la salud, se tendrá en cuenta en todos los apartados del Contrato Programa de 2023.

La tercera perspectiva que se planteará este Contrato Programa será **la eficiencia** de manera que la gestión de los profesionales asegure la sostenibilidad del sistema y la mejor utilización de los recursos disponibles. 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.

Este Contrato Programa supone un esfuerzo de síntesis y concreción de objetivos que conjugan la orientación hacia una asistencia humanizada, con la evaluación más eficiente y eficaz que garantice la accesibilidad y se respalde en los sistemas de información sanitaria implantados en nuestro sistema sanitario.

Desde el Contrato Programa, que se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud y Consumo para esta XII Legislatura, se seguirá apostando por una sanidad integral, más humanizada y eficiente. El modelo sanitario andaluz contempla la atención sanitaria, la promoción de la salud, la actuación preventiva y la atención asistencial sociosanitaria, y con este fin promoverá una ley de salud integral que refuerce la coordinación entre todos estos ámbitos y permita abordar de manera ágil las emergencias sanitarias y de salud pública.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre los que se fundamenta el Contrato Programa para 2023 y que se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2023, 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 2023

Tabla Resumen Objetivos

AGC_2023 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	2.1.9	Reducción de la tasa de reclamaciones relacionadas por trato, actitud o falta de comunicación	1
	Ciudadanía	2.3H	Relaciones con la ciudadanía	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	4.2.1.2	Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)	2
	Proceso Asistencial	4.2.1.7	Mejorar la selección de los medicamentos prescritos a través de recetas	1,5
	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

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
	Proceso Asistencial	4.2.4.7	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	1
	Proceso Asistencial	4.2.4.7H	Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	0,5
	Proceso Asistencial	4.211H1	Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación	4
	Proceso Asistencial	4.211H2	Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR	3
	Proceso Asistencial	4.211H3	CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos	3
	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
			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	POTENCIACIÓN DE LA TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.	5
	Proceso Asistencial	4.5E	Ajustar el número de consultas externas dedicadas a la atención de pacientes candidatos o que reciben PrEP a la demanda	5
	Proceso Asistencial	4.6E	Favorecer la coordinación entre servicios para mejorar el manejo clínico de los casos de paludismo.	5
	Proceso Asistencial	4.7E	Incluir la punción lumbar en la cartera de servicios de Hospital de Día	5
	Proceso Asistencial	4.8E	Optimizar las indicaciones de los IGRA de TB (QuantiFeron_TB)	5
			Total pesos por tipo Objetivo	**40**

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
			Total pesos	**100**

Acuerdos de Gestión Clinica 2023 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 1 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

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

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Metodología Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión

Fuente Dirección General de Gestión Económica y Servicios **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta**

Aclaraciones

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
Indicado	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPÍTULO II Y IV		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	NIVEL DE CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA		
Metodología	Informe de resultados por parte de la Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión Subdirección Económica Control Gestión		
Fuente	Subdirección Económica Control de Gestión	**Periodicidad**	Anual
LimSup	10	**LimInf**	0
Meta			
Aclaraciones			

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
Indicado	Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	
Fórmula	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo		
Metodología	Informe UGC		
Fuente	FARMA	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	
Meta	<=100%		
Aclaraciones	El período de evaluación será de enero a diciembre de 2022		

AREA ESTRATEGICA 2 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

Indicado Número de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula 0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% puntos

Metodología 0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100%
puntos
Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades

Fuente Modulo Citación **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta** META = 0

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

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
Indicado	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	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Fecha de notificación WB VIH fecha 1ª visita consulta VIH.		
Metodología	máximo/ óptimo: 4 semanas/ 2 semanas		
Fuente	SIVIH o los servicios de Inmunología y DIRAYA	**Periodicidad**	Anual
LimSup	4	**LimInf**	2
Meta			
Aclaraciones			

Código Objetivo	2.1.9	**Peso Objetivo**	1
Objetivo	Reducción de la tasa de reclamaciones relacionadas por trato, actitud o falta de comunicación		

Código Indicador	2.1.9.1	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Reclamaciones realacionadas con la comunicación, trato, actitud		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Número de reclamaciones del año a evaluar <= número de reclamaciones del año anterior		
Metodología	Informe de resultados (U. Calidad Percibida) Resuelve. Visto bueno por parte de Dirección médica		
Fuente	Unidad de Calidad Percibida	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones	Nº de reclamaciones por trato en 2023 menor o igual al número de reclamaciones por trato en 2022		

Código Objetivo	2.3H	**Peso Objetivo**	5
Objetivo	Relaciones con la ciudadanía		

Código Indicador	2.3H.1	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Análisis de las reclamaciones		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
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, ...)		
Metodología	Auditoría Documental (Informe UGC)		
Fuente	UGC	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

Código Indicador	2.3H.2	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Tiempo medio de respuesta entre 5-7 días		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Descendente
Fórmula	Tiempo medio de respuesta de la Unidad (días hábiles)		
Metodología	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto bueno por parte de Dirección		
Fuente	APLICACION RESUELVE	**Periodicidad**	Trimestral
LimSup	5	**LimInf**	7
Meta	<5		
Aclaraciones			

Código Indicador	2.3H.3	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a las UGC para procedimientos administrativos Subindicador 1: Elaborar procedimiento de accesibilidad a la UGC para la ciudadanía con al menos 2 sistemas disponibles		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Entrega de procedimiento de accesibilidad de la UGC con al menos 2 sistemas disponibles		
Metodología	Entrega de procedimiento de accesibilidad de la UGC con al menos 2 sistemas disponibles		
Fuente	Dirección UGC	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones	Elaborar procedimiento de accesbilidad de la UGC		

Código Indicador	2.3H.4	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a las UGC para procedimientos administrativos Subindicador 2: Número de intentos para contactar con la unidad por teléfono y por correo electrónico		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Número de intentos para contactar con la unidad por teléfono y por correo electronico		
Metodología	Número de intentos para contactar con la unidad por teléfono y por correo electronico		
Fuente	Comision de Humanización HURS	**Periodicidad**	Trimestral
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones	Se realizarán tres intentos de comunicación con la UGC (dos por teléfono y una por correo electrónico en distintos días de la semana) cada trimestre. Si existe tramo horario en el procedimiento de la UGC se respetarán los horarios.		

Código Indicador	2.3H.5	**Peso del Indicador**	1
Indicado	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	**Signo**	Ascendente
Fórmula	(Número de pacientes incluidos en el programa que acuden a las visitas programadas/ total de pacientes incluidos en el programa) x 100.		
Metodología	Auditoría documental (Informe UGC) Visto bueno de Dirección médica		
Fuente	UGC (Informe de resultados a partir de Registros internos.	**Periodicidad**	Anual
LimSup	90	**LimInf**	70
Meta			
Aclaraciones			

AREA ESTRATEGICA 3 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

Indicado Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto. META IMIBIC 2023 >=200

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo**

Fórmula Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año

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

Fuente IMPACTIA **Periodicidad** Anual

LimSup **LimInf** **Meta** >=200

Aclaraciones La meta ha cambiado CP23 pero cada unidad tiene una distinta

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
Indicado	Facturación en EECC >= media de los 3 últimos años		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	
Fórmula	Facturación en EECC >= media de los 3 últimos años		
Metodología	Facturación de EECC >=media 3 últimos años		
Fuente	IMIBIC	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta	200000		
Aclaraciones			

AREA ESTRATEGICA 4 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
Indicado	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	**Signo**	
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)		
Metodología	<= 1: 100% de los puntos >1=% de los puntos		
Fuente	CMBD HOSPITALIZACIÓN	**Periodicidad**	Trimestral
LimSup		**LimInf**	
Meta	Lim Inf IC IUE		
Aclaraciones	Los SSCC enviarán los Estándares trimestrales de los GDR-APR del conjunto de los hospitales para el cálculo de los IUE		

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
Indicado	Número de sesiones de HDM registradas con información clínica codificada		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Número de sesiones HDM 2023 >1000		
Metodología			
Fuente	CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDM	**Periodicidad**	Anual
LimSup	1000	**LimInf** 800	**Meta** >1000
Aclaraciones	Este indicador se ha modificado respecto al año anterior		

Código Objetivo	4.2.1.2	**Peso Objetivo**	2
Objetivo	Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)		

Código Indicador	4.2.1.2.1	**Peso del Indicador**	2
Indicado	% de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares RECETAS >=70%		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	(DDD biosimilares dispensados en recetas *100)/DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas		
Metodología	>=70%: 100% puntos <70% pero mayor que el año anterior: Se asignará un máximo del 50% de los puntos mediante una fórmula de proporcionalidad lineal (50% al centro con mayor valor y el 10% al de valor más bajo) <70% y menos que al año anterior: 0% puntos <60% pero mayor que el año anterior: Se asignará un máximo del 50% de los puntos mediante una fórmula de proporcionalidad lineal (50% al centro con mayor valor y el 10% al de valor más bajo) <60% y menos que al año anterior: 0% puntos		
Fuente	FARMA	**Periodicidad**	Anual
LimSup	70	**LimInf**	10
Meta	>= 70%		
Aclaraciones	Período de enero a Diciembre.Ha cambiado la meta		

Código Objetivo	4.2.1.7	**Peso Objetivo**	1,5
Objetivo	Mejorar la selección de los medicamentos prescritos a través de recetas		

Código Indicador	4.2.1.7.1	**Peso del Indicador**	1,5
Indicado	Indice de calidad de prescripción:Mejorar la eficiencia en la prescripción de IBPs		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Nº de DDDs de Omeprazol en 2023 x 100 / Nº DDDs de IBPs en 2023		
Metodología	>75% 100% de los puntos. <65%: 0% puntos. Los valores intermedios serán puntuados con una funcion de valor.		
Fuente	FARMA	**Periodicidad**	Anual
LimSup	75	**LimInf**	65
Meta	>75%		
Aclaraciones	Periodo de enero a diciembre de 2023.		

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
Indicado	% de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) >=60%		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
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		
Metodología	>= 60%: 100% de los puntos <= 40%: 0% de los puntos. Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor		
Fuente	Historia digital de Cuidados	**Periodicidad**	Anual
LimSup	60	**LimInf** 40	**Meta** >=60%
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		

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
Indicado	% de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
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)		
Metodología	>=50%: 100% de los puntos <=25%: 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor		
Fuente	Historia digital de Cuidados	**Periodicidad**	Anual
LimSup	50	**LimInf** 25	**Meta** >= 50%
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		

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
Indicado	Porcentaje de gestión de riesgos e incidentes		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	(Número de riesgos e incidentes analizados y resueltos y/o con acciones de mejora) x 100 / Número total de riesgos e incidentes notificados		
Metodología	>= 70%: 100% de los puntos >=50% y <= 70: 50% de los puntos <50%: 0% de los puntos		
Fuente	Sistema de Notificación Autonómico o Sistema de Notifica	**Periodicidad**	Semestral
LimSup	70	**LimInf**	50
Meta	>=70%		
Aclaraciones			

Código Objetivo	4.2.4.7H	**Peso Objetivo**	0,5
Objetivo	Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE		

Código Indicador	4.2.4.7H.1	**Peso del Indicador**	0,5
Indicado	Seguridad del paciente: 2 Desarrollar actuaciones para concienciar a pacientes y ciudadanía sobre prevención de riesgos.		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Memoria de actividades		
Metodología	Informe de la Unidad. Visto bueno de la Dirección médica		
Fuente	Informe de la unidad que incluya el numero, tipo y descrip	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

Código Objetivo	4.211H1	**Peso Objetivo**	4
Objetivo	Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación		

Código Indicador	4.211H1.1	**Peso del Indicador**	2
Indicado	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	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Realización de las actividades formativas		
Metodología	Auditoría documental, visto bueno de Dirección médica		
Fuente	Unidad de Formación (Joaquín Toro)	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

Código Indicador	4.211H1.2	**Peso del Indicador**	2
Indicado	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	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Número de reuniones realizadas (2 reuniones)		
Metodología	(Informe de actividades realizadas) Actas de las reuniones mantenidas con Atención Primaria Auditoría documental, visto bueno de Dirección asistencial de Distrito Córdoba-Guadalquivir		
Fuente	UGC	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	**Meta**
Aclaraciones			

Código Objetivo	4.211H2	**Peso Objetivo**	3
Objetivo	Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR		

Código Indicador	4.211H2.1	**Peso del Indicador**	1
Indicado	1 Información compartida con el servicio de microbiología para comentar los resultados de los hemocultivos		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	
Fórmula	Reuniones, carpeta compartida en ALFRESCO/ Auditoría de historias 1 semana en cada cuatrimestre		
Metodología	UGC (Informe de actuaciones realizadas y documentación acreditativa del traspaso de información)		
Fuente	UGC (Informe de actuaciones realizadas y documentación	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	**Meta**
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		

Código Indicador	4.211H2.2	**Peso del Indicador**	2
Indicado	2 Proporción de bacteriemias significativas valoradas por la UGC de EI. Servicios excluidos: MI, Neumología, Cuidados Paliativos		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	(número bacteriemias valoradas / número total de bacteriemias significativas) x 100.		
Metodología	Auditoría documental, visto bueno de Dirección Médica		
Fuente	UGC (autoauditoría de una muestra e informe)	**Periodicidad**	Anual
LimSup	95	**LimInf**	75
Meta			
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		

Código Objetivo	4.211H3	**Peso Objetivo**	3
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**	3
Indicado	CONSULTORÍA ESPECÍFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS POSTQUIRÚRGICOS		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Facilitar la evaluación de pacientes críticos POSTQUIRÚRGICOS con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos con comunicación mediante interconsulta electrónica		
Metodología	Informe de la UGC con resultados de interconsultas electrónicas realizadas por Cuidados críticos postquirúrgicos, visto bueno de Dirección médica		
Fuente	UGCs implicadas (Informe conjunto UGCs EEII y Cuidado	**Periodicidad**	
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

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
Indicado	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	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	Diseño del plan: - Análisis del consumo de cada unidad en el 2023. - 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		
Metodología	Auditoría documental (Informe de la UGC). Visto bueno dirección de la dirección asistencial y presentación del documento		
Fuente	UGC (informe de resultados)	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones	La estrategia se diseñará con acciones concretas pactadas con el conjunto de las unidades más desviadas e incluria al menos tres acciones en cada una de ellas, relacionadas con la duracion del tratamiento y la potimización de la profilaxis antibiotica perioperatoria		

Código Objetivo	4.249H	**Peso Objetivo**	3
Objetivo	ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS		

Código Indicador	4.249H.1	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Prevención de caídas en paciente hospitalizado		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
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		
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		
Fuente	Estación de cuidados	**Periodicidad**	Anual
LimSup	60	**LimInf** 40	**Meta**
Aclaraciones			

Código Indicador	4.249H.2	**Peso del Indicador**	1
Indicado	Registro Enfermero completo (valoración, PC e ICC al alta.		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Número de pacientes con proceso enfermero completo (valoración, plan de cuidados e ICC al alta) / total de pacientes ingresados en su unidad) x100		
Metodología	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido		
Fuente	Estación de cuidados	**Periodicidad**	Anual
LimSup	80	**LimInf**	70
Meta			
Aclaraciones			

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

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

Suma total Común	
Suma	60

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 4 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

Indicado 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 **Signo** Ascendente

Fórmula Número de pacientes que inician TAR con pautas preferentes o alternativas / Número de pacientes que inician TAR) x 100

Metodología Autoevaluación del listado de pacientes naive proporcionado por la UGC y validado por farmacia. Validación por la DM del informe de autoevaluación.

Fuente Registro de pacientes que inician TAR **Periodicidad** Anual

LimSup 100 **LimInf** 80 **Meta**

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.

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
Indicado	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	**Signo**	Ascendente
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		
Metodología	Auditoría de historias de listados semanales de casos enviados desde Urgencias		
Fuente	Registro interno de la UGC de Urgencias y EEII	**Periodicidad**	Anual
LimSup	95	**LimInf** 90	**Meta**
Aclaraciones			

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
Indicado	% Pacientes diagnosticados de VHC en poblaciones de alto riesgo en tratamiento		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
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		
Metodología	Auditoría documental (Informe de la dirección de la UGC). Visto bueno de la dirección asistencial y presentación del documento		
Fuente	UGC (informe de resultados)	**Periodicidad**	Anual
LimSup	75	**LimInf** 50	**Meta**
Aclaraciones			

Código Objetivo	4.4E	**Peso Objetivo**	5
Objetivo	POTENCIACIÓN DE LA TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.		

Código Indicador	4.4E.1	**Peso del Indicador**	5
Indicado	Número de sesiones de Telemedicina dirigidas a la atención de pacientes infectados por el VIH de la Prisión Provincial de Córdoba		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Número de sesiones de telemedicina realizadas		
Metodología	Auditoría documental (Informe de la dirección de la UGC). Visto bueno de la dirección asistencial y presentación del documento		
Fuente	UGC (informe de resultados) informe de la Dirección de la	**Periodicidad**	Anual
LimSup	8	**LimInf**	5
Meta			
Aclaraciones			

Código Objetivo	4.5E	**Peso Objetivo**	5
Objetivo	Ajustar el número de consultas externas dedicadas a la atención de pacientes candidatos o que reciben PrEP a la demanda		

Código Indicador	4.5E.1	**Peso del Indicador**	5
Indicado	Número de consultas de primeras dedicadas a PrEP con ocupacion superior al 80%		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Se considerará cumplido el objetivo si el número de consultas dedicadas a PrEP es igual o superior a 2 semanales con una ocupacion superior al 80% de su capacidad		
Metodología	Explotación de Diraya		
Fuente	Diraya	**Periodicidad**	Anual
LimSup	40	**LimInf**	36
Meta	>40		
Aclaraciones	Se valorará el nº total de agendas consultas dedicadas a Pre-exp en el segundo semestre., siempre y cuando exista demanda, entendida por una ocupacion de los hueco de agenda superior al 80% de su capacidad. Excluyendo el período vacacional.		

Código Objetivo	4.6E	**Peso Objetivo**	5
Objetivo	Favorecer la coordinación entre servicios para mejorar el manejo clínico de los casos de paludismo.		

Código Indicador	4.6E.1	**Peso del Indicador**	2,5
Indicado	Realizar un POE del manejo clínico del paludismo con la participación de Urgencias, C intensivos, Microbiología, Medicina Interna(guardias)e Enf. Infecciosas		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple /No cumpl
Fórmula	POE firmado por todos los servicios implicados y la Dirección Médica		
Metodología	Autoevaluación y presentación de la documentación requerida		
Fuente	UGC	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

Código Indicador	4.6E.2	**Peso del Indicador**	2,5
Indicado	Implementación del procedimiento de manejo clínico del paludismo en 2º semestre de 2023		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Nº de pacientes atendidos por sospecha de paludismo con seguimiento de protocolo en 2023 x 100/ Nº de casos de sospecha de paludismo atendidos en 2023		
Metodología	Auditoría completa (no muestral) del listado de casos atendidso ntras pla implementacion del protocolo conjunto		
Fuente	UGC de Microbiologia (aportará los casos sospechosos) y	**Periodicidad**	Anual
LimSup	45	**LimInf** 40	**Meta** >45
Aclaraciones	Los límites de la meta del objetivo se han calculado teniendo en cuenta el plazo de implementación (2º semestre del año 2023). Si se mantiene en 2024, se establecerá el incremento correpondiente de la meta.		

Código Objetivo	4.7E	**Peso Objetivo**	5
Objetivo	Incluir la punción lumbar en la cartera de servicios de Hospital de Día		

Código Indicador	4.7E.1	**Peso del Indicador**	2,5
Indicado	Realizar un POE de punción lumbar		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	POE firmado por supervisor de enfermería, jefe de sección y jefe de servicio		
Metodología	Autoevaluación y presentación de la documentación requerida		
Fuente	UGC	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

Código Indicador	4.7E.2	**Peso del Indicador**	2,5
Indicado	Implementación del procedimiento de realización de punción lumbar en Hospital de día en 2º semestre de 2023		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Nº de pacientes a los que se ha realizado punción lumbar en hospital de día de infecciosos según protocolo establecido x100/ Total de pacientes a los que se ha relizado punción lumbar (Sin criterios de hospitalización)		
Metodología	Informe de la UGC con evidencia de cumplimiento con la fuente de datos del CMBD de HDM y Hospitaliación		
Fuente	CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDM	**Periodicidad**	Anual
LimSup	45	**LimInf**	40
Meta	>40		
Aclaraciones	Los límites de la meta del objetivo se han calculado teniendo en cuenta el plazo de implementación (2º semestre del año 2023). Si se mantiene en 2024, se establecerá el incremento correpondiente de la meta.		

Código Objetivo	4.8E	**Peso Objetivo**	5
Objetivo	Optimizar las indicaciones de los IGRA de TB (QuantiFeron_TB)		

Código Indicador	4.8E.1	**Peso del Indicador**	5
Indicado	Proporción de pacientes en los que se solicita IGRA que cumplesn los criterios autorizados por dirección(Guias SEIM, Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(5):302-311 Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34(5):303.e1-303.e13) Se incluirán todos los servicios del hospital excepto pediatría y medicina del trabajo		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	**Signo**	Ascendente
Fórmula	Autoevaluación mediante auditoría de los casos seleccionados		
Metodología	Auditoría de la indicación		
Fuente	UGC Microbiología	**Periodicidad**	Anual
LimSup	95	**LimInf**	90
Meta	>=90		
Aclaraciones			

Suma total Específico	
Suma	40

Suma total	100