HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2024

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

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

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 2024**.

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 2024.

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 2024 y que se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2024, 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 2024

Tabla Resumen Objetivos

AGC_2024 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
Común				
	Accesibilidad	1.1.2.2	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido	3
	Accesibilidad	1.1.2.H	PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.	3
	Humanización	2.1.1.7	Controlar el dolor en pacientes hospitalizados de más de 24 horas	0,5
	Humanización	2.1.1.9	Aumentar la tasa de agradecimientos relacionados con comunicación, trato y actitud	1
	Humanización	2.1H	Relaciones con la ciudadanía	4
	Eficiencia	3.1.1.2	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	5
	Eficiencia	3.1.1.2H	3.1.1.2HURSPLAN DE EFICIENCIA	5
	Eficiencia	3.1.1.3	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	3
	Eficiencia	3.2.1.1	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.	3
	Eficiencia	3.2.2.1	Contribuir al índice de ambulatorización del HURS	4
	Eficiencia	3.2.211H1	Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación	4

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
	Eficiencia	3.2.211H2	Extender el programa a todos los servicios en los que se validan antibióticos incluidos en el PROVAUR	3
	Eficiencia	3.2.211H3	CONSULTORÍA ESPECIFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Facilitar la evaluación de pacientes críticos con infección y optimizar el uso apropiado de antimicrobianos	3
	Eficiencia	3.2.211H4	COLABORACIÓN CON LA DIRECCIÓN PARA ESTABLECER UNA ESTRATEGIA DE DISMINUCIÓN/MANTENIMIENTO DEL LAS DDDs DE ANTIBIÓTICOS EN UNIDADES SELECCIONADAS.	2
	Eficiencia	3.2.8.1	Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)	2,5
	Eficiencia	3.2.8.8	Reducir la presión antibiótica global de la UGC con respecto al consumo de DDDs de 2023	2
	Conocimiento - Anex	5.1.3	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	4
	Conocimiento - Anex	5.1.3H	Incrementar la captación de fondos de EECC	2
	Eficiencia - Anexo	6.3.5	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión(UPP)	1,5
	Eficiencia - Anexo	6.3.6	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis	1
	Eficiencia - Anexo	6.3.7	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	1
	Eficiencia - Anexo	6.3.7H	ÍNDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	0,5
	Eficiencia - Anexo	6.3.8	Aumentar el número de test de cribado para la detección de riesgo de caída,realizados en pacientes hospitalizados mayores de 65 años	1

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
	Eficiencia - Anexo	6.3.H1	Incrementar el porcentaje de pacientes con registro enfermero completo	1
			Total pesos por tipo Objetivo	**60**
Específico				
	Eficiencia	3.2.1E	Optimizar el tratamiento (TAR) de inicio de la infección VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente.	4,5
	Eficiencia	3.2.2E	Mejorar la detección del VIH en un cribado oportunista en Urgencias	4,5
	Eficiencia	3.2.3E	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO	5
	Eficiencia	3.2.4E	POTENCIACIÓN DE LA TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH DE LA PRISIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA.	5
	Eficiencia	3.2.5E	Ajustar el número de consultas externas dedicadas a la atención de pacientes candidatos o que reciben PrEP a la demanda	5
	Eficiencia	3.2.7E	Acreditación de la unidad en ACSA	4
	Eficiencia	3.2.8E	Revisar los protocolos de prevención de CMV de Trasplante Renal y Pulmonar, incluyendo las recomendaciones 2024 GESITRA-SEIMC-SET y las evidencias sobre prevención inmunoguiada generadas en IMIBIC	12
			Total pesos por tipo Objetivo	**40**
			Total pesos	**100**

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 1 Accesibilidad

Código Objetivo 1.1.2.2 **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 1.1.2.2.1 **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 **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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 1 Accesibilidad

Código Objetivo 1.1.2.H **Peso Objetivo** 3

Objetivo PLAN ANDALUZ FRENTE AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.

Código Indicador 1.1.2.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 **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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 2 Humanización

Código Objetivo 2.1.1.7 **Peso Objetivo** 0,5

Objetivo Controlar el dolor en pacientes hospitalizados de más de 24 horas

Código Indicador 2.1.1.7.1 **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 **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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 2 Humanización

Código Objetivo 2.1.1.9 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Aumentar la tasa de agradecimientos relacionados con comunicación, trato y actitud

Código Indicador 2.1.1.9.1 **Peso del Indicador** 1

Indicador Numero de agradecimientos relacionados con comunicación, trato y actitud.

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo** Cumple/No cumple

Fórmula Al menos 2 agradecimientos relacionados con la comunicación, trato y actitud, registrados en los medios oficiales (registro de entrada, Resuelve...)

Metodología >= 2%: 100% de los puntos

Fuente Unidad de Calidad Percibida **Periodicidad** Anual

LimSup **LimInf** **Meta** >=2

Aclaraciones Cambia la definición de reclamaciones a agradecimientos

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 2 Humanización

Código Objetivo 2.1H **Peso Objetivo** 4

Objetivo Relaciones con la ciudadanía

Código Indicador 2.1H.1 **Peso del Indicador** 1

Indicador 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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 2 Humanización

Código Indicador 2.1H.2 **Peso del Indicador** 1

Indicador 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

TIPO DE OBJETIVO	Común	
AREA ESTRATEGICA	2	Humanización

Código Indicador	2.1H.3	**Peso del Indicador**	1
Indicador	Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a las UGC para procedimientos administrativos 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: 3 LLAMADAS Y 3 CORREO ELECTRONICO. CUMPLE CON 2 LLAMADAS CON CONTACTO Y 2 CORREOS RESPONDIDOS EN PLAZO		
Fuente	Comision de Humanización HURS	**Periodicidad**	Trimestral
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones	Se realizarán tres intentos de comunicación con la UGC (3 por teléfono y 3 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.		

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 2 Humanización

Código Indicador	2.1H.4	**Peso del Indicador**	1
Indicador	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			

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.1.1.2 **Peso Objetivo** 5

Objetivo No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)

Código Indicador 3.1.1.2.1 **Peso del Indicador** 5

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

Cuanti-Cuali Cuantitativo **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 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.

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.1.1.2H **Peso Objetivo** 5

Objetivo 3.1.1.2HURSPLAN DE EFICIENCIA

Código Indicador 3.1.1.2H.1 **Peso del Indicador** 5

Indicador 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 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)

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.1.1.3 **Peso Objetivo** 3

Objetivo No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)

Código Indicador 3.1.1.3.1 **Peso del Indicador** 3

Indicador Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)

Cuanti-Cuali Cualitativo **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.

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.1.1 **Peso Objetivo** 3

Objetivo Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.

Código Indicador 3.2.1.1.1 **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 **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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.2.1 **Peso Objetivo** 4

Objetivo Contribuir al índice de ambulatorización del HURS

Código Indicador 3.2.2.1.1 **Peso del Indicador** 4

Indicador Número de sesiones de HDM registradas con información clínica codificada

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula Número de sesiones HDM 2024 >950

Metodología

Fuente CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDM **Periodicidad** Anual

LimSup 950 **LimInf** 800 **Meta** >950

Aclaraciones Este indicador se ha modificado respecto al año anterior

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.211H1 **Peso Objetivo** 4

Objetivo Disminuir la presión antibiótica global a través de una estrategia de formación

Código Indicador 3.2.211H1.1 **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 **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** Anual

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO	Común	
AREA ESTRATEGICA	3	Eficiencia

Código Indicador	3.2.211H1.2	**Peso del Indicador**	2
Indicador	Estrategia de formación con Atención Primaria sobre ITS: realización de, al menos, dos reuniones sobre ITS 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**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.211H2 **Peso Objetivo** 3

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

Código Indicador 3.2.211H2.1 **Peso del Indicador** 1

Indicador 1 Información compartida con el servicio de microbiología para comentar los resultados de los hemocultivos

Cuanti-Cuali Cualitativo **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 acreditativa del traspaso de información) **Periodicidad** Anual

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

TIPO DE OBJETIVO	Común	
AREA ESTRATEGICA	3	Eficiencia

Código Indicador	3.2.211H2.2	**Peso del Indicador**	2
Indicador	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		

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.211H3 **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 3.2.211H3.1 **Peso del Indicador** 3

Indicador 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 Cuidados críticos post quirúrgicos) **Periodicidad** Anual

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.211H4 **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 3.2.211H4.1 **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 **Signo** Cumple/No cumple

Fórmula Diseño del plan: - Análisis del consumo de cada unidad en el 2024. - 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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.8.1 **Peso Objetivo** 2,5

Objetivo Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)

Código Indicador 3.2.8.1.1 **Peso del Indicador** 2,5

Indicador % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares RECETAS >=80%

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula (DDD biosimilares dispensados en recetas *100)/DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas

Metodología
>= 80%: 100% de los puntos
<= 60%: 0% de los puntos
El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Fuente FARMA **Periodicidad** Anual

LimSup 80 **LimInf** 60 **Meta** >= 80%

Aclaraciones Ha cambiado la meta

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.8.8 **Peso Objetivo** 2

Objetivo Reducir la presión antibiótica global de la UGC con respecto al consumo de DDDs de 2023

Código Indicador 3.2.8.8.1 **Peso del Indicador** 2

Indicador Reducir la presión antibiótica global de la UGC con respecto al consumo de DDDs de 2023

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Descendente

Fórmula (DDD total antibióticos J01 x 1000 estancia interanual 2024)- (DDD total antibióticos J01 x 1000 estancias interanual 2023) / DDD total antibióticos J01 x1000 estancias interanual 2023

Metodología Límite superior: desviación de una 0% (mantener cifras de consumo). Límite inferior: desviación 3%. Entre los dos límites se aplicará una función de valor.

Fuente PIRASOA **Periodicidad** Anual

LimSup 0 **LimInf** 5 **Meta** >=5%

Aclaraciones Proceso Asistencial

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 5 Conocimiento - Anexo

Código Objetivo 5.1.3 **Peso Objetivo** 4

Objetivo Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto

Código Indicador 5.1.3.1 **Peso del Indicador** 4

Indicador Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto. META IMIBIC 2023 >=190

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** >=190

Aclaraciones La meta ha cambiado

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 5 Conocimiento - Anexo

Código Objetivo 5.1.3H **Peso Objetivo** 2

Objetivo Incrementar la captación de fondos de EECC

Código Indicador 5.1.3H.4 **Peso del Indicador** 2

Indicador 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** 180.000

Aclaraciones La meta ha cambiado

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 6 Eficiencia - Anexo

Código Objetivo 6.3.5 **Peso Objetivo** 1,5

Objetivo Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión(UPP)

Código Indicador 6.3.5.1 **Peso del Indicador** 1,5

Indicador % de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) >=80%

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
>= 80%: 100% de los puntos
<= 50%: 0% de los puntos
Los valores entre los dos límites anteriores se evaluarán mediante una función de valor

Fuente Historia digital de Cuidados **Periodicidad** Anual

LimSup 80 **LimInf** 50 **Meta** >=80%

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 Ha cambiado la meta

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 6 Eficiencia - Anexo

Código Objetivo 6.3.6 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis

Código Indicador 6.3.6.1 **Peso del Indicador** 1

Indicador % 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

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 6 Eficiencia - Anexo

Código Objetivo 6.3.7 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje

Código Indicador 6.3.7.1 **Peso del Indicador** 1

Indicador 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 **Periodicidad** Semestral

LimSup 70 **LimInf** 50 **Meta** >=70%

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 6 Eficiencia - Anexo

Código Objetivo 6.3.7H **Peso Objetivo** 0,5

Objetivo ÍNDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Código Indicador 6.3.7H.1 **Peso del Indicador** 0,5

Indicador Seguridad del paciente: 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 descripción de actividades realizadas con el número de participantes, registros, etc.

Periodicidad

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 6 Eficiencia - Anexo

Código Objetivo 6.3.8 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Aumentar el número de test de cribado para la detección de riesgo de caída,realizados en pacientes hospitalizados mayores de 65 años

Código Indicador 6.3.8.1 **Peso del Indicador** 1

Indicador % Evaluación del riesgo de caídas a pacientes hospitalizados mayores de 65 años

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula Número de episodios de edad >= 65 años con Test de cribado para la detección de riesgo de caída realizado x 100/ Número de episodios de personas con edad >= 65 años con periodo de hospitalización superior a 24 horas

Metodología Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido

Fuente Estación de cuidados **Periodicidad** Anual

LimSup 60 **LimInf** 40 **Meta**

Aclaraciones Ha cambiado el código y la definicion objetivo

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 6 Eficiencia - Anexo

Código Objetivo 6.3.H1 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Incrementar el porcentaje de pacientes con registro enfermero completo

Código Indicador 6.3.H1.2 **Peso del Indicador** 1

Indicador 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

Suma total Común 60

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.1E **Peso Objetivo** 4,5

Objetivo Optimizar el tratamiento (TAR) de inicio de la infección VIH. Utilizar del régimen de TAR de inicio más eficiente.

Código Indicador 3.2.1E.1 **Peso del Indicador** 4,5

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 **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.

TIPO DE OBJETIVO	Específico		
AREA ESTRATEGICA	3	Eficiencia	
Código Objetivo	3.2.2E	**Peso Objetivo**	4,5
Objetivo	Mejorar la detección del VIH en un cribado oportunista en Urgencias		
Código Indicador	3.2.2E.1	**Peso del Indicador**	4,5
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	**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			

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.3E **Peso Objetivo** 5

Objetivo DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE CASOS OCULTOS DE INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO

Código Indicador 3.2.3E.1 **Peso del Indicador** 5

Indicador % 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

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.4E **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 3.2.4E.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 **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 Prisión provincial **Periodicidad** Anual

LimSup 8 **LimInf** 5 **Meta**

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.5E **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 3.2.5E.1 **Peso del Indicador** 5

Indicador 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.

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.7E **Peso Objetivo** 4

Objetivo Acreditación de la unidad en ACSA

Código Indicador 3.2.7E.1 **Peso del Indicador** 4

Indicador Conseguir la reacreditación de la Unidad de Enfermedades Infecciosas por la Agencia de Calidad Sanitaria (ACSA)

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo** Cumple/No cumple

Fórmula Conseguir la reacreditación de la Unidad de Enfermedades Infecciosas por la Agencia de Calidad Sanitaria (ACSA)

Metodología Presentación de los documentos

Fuente Resultados de evaluación ACSA **Periodicidad** Anual

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO Específico

AREA ESTRATEGICA 3 Eficiencia

Código Objetivo 3.2.8E **Peso Objetivo** 12

Objetivo Revisar los protocolos de prevención de CMV de Trasplante Renal y Pulmonar, incluyendo las recomendaciones 2024 GESITRA-SEIMC-SET y las evidencias sobre prevención inmunoguiada generadas en IMIBIC

Código Indicador 3.2.8E.1 **Peso del Indicador** 4

Indicador Coordinar un documento de consenso nacional mediante una reunión de consenso nacional en la que participaran profesionales del HURS (EI, nefrología y neumología) junto a profesionales invitados de otros centros. (Primer semestre 2024):

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo** Cumple/No cumple

Fórmula (Primer semestre 2024): Realizar la Conferencia de Consenso

Metodología Presentación de los documentos

Fuente UGC **Periodicidad** Anual

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

TIPO DE OBJETIVO	Específico	
AREA ESTRATEGICA	3	Eficiencia

Código Indicador	3.2.8E.2	**Peso del Indicador**	4
Indicador	Realizar un POE sobre “Prevención de CMV en trasplante Renal” con la participación de EI, Nefrología, Inmunología y Microbiología. (Segundo semestre 2024)		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	(Segundo semestre 2024): Realizar un POE firmado por los servicios implicados y la Dirección Médica		
Metodología	Presentación de los documentos		
Fuente	UGC y Dirección Médica	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

TIPO DE OBJETIVO	Específico	
AREA ESTRATEGICA	3	Eficiencia

Código Indicador	3.2.8E.3	**Peso del Indicador**	4
Indicador	Realizar un POE sobre “Prevención de CMV en Trasplante Pulmonar” con la participación de EI, Neumología, Inmunología y Microbiología. (Segundo semestre 2024)		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	**Signo**	Cumple/No cumple
Fórmula	(Segundo semestre 2024): Realizar un POE firmado por los servicios implicados y la Dirección Médica.		
Metodología	Presentación de los documentos		
Fuente	UGC y Dirección Médica	**Periodicidad**	Anual
LimSup		**LimInf**	
Meta			
Aclaraciones			

Suma total Específico	40
Suma total	100