2005

CONTRATO PROGRAMA

2008

Servicio Andaluz de Salud

2008

Hospitales del S.A.S.

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

©2008 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Edita
Servicio Andaluz de Salud
Avda. de la Constitución, nº 18
41071-Sevilla
Teléfono: 955-018000 Fáx: 955-018025
Web:http:// www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Coordinadores
Juan Goicoechea Salazar
José Manuel Hierro Borjabab
MIguel Ángel Fornell Coello

Depósito Legal:
SE - 0284 - 08

CONTRATO PROGRAMA PERIODO 2005-2008
HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
AÑO 2008

En Sevilla, a 1 de Enero de 2008

REUNIDOS

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, D. Juan Carlos Castro Álvarez, y el/la Gerente del Hospital ....., D./Dª.....

ACUERDAN

el siguiente Contrato Programa para el periodo 2005-2008, en el que se establecen para el año 2008 los objetivos que se relacionan en el presente documento así como los contenidos en los anexos al mismo que se incluyen en el CD que se acompaña

El Director Gerente del SAS	El/la Gerente del Hospital
Fdo.: Juan Carlos Castro Álvarez	Fdo.:

INTRODUCCIÓN:..... pág 9

1 ÁREA DE ATENCIÓN CIUDADANA 11

1.1 PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN 12
1.2 OPINIONES DE LA CIUDADANÍA 12
1.3 INFORMACIÓN, ACCESIBILIDAD, CONFORT E INTIMIDAD 14
1.4 PLANES ESPECÍFICOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA 17
1.5 DERECHOS SANITARIOS 17

2 ÁREA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD.....20

2.1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 20
2.2 SEGURIDAD ALIMENTARIA 20
2.3 ATENCIÓN A LA MUJER Y AL NIÑO 21
2.4 ACTUACIÓN SANITARIA EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO 22
2.5 ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS JÓVENES 23
2.6 ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES 23

3 ÁREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA 24

3.1 ACCESIBILIDAD 24
3.2 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.....25
3.3 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA DE CONSULTAS 27
3.4 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS 28
3.5 GESTIÓN CLÍNICA.....31
3.6 GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.....33
3.7 PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL 36
3.8 ORDENACIÓN ASISTENCIAL 45
3.9 ACTIVIDAD ASISTENCIAL 46

4 ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL.....50

4.1 COMISIONES HOSPITALARIAS 50
4.2 CONTROL EXTERNO DE CALIDAD. 51
4.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE 51

5 ÁREA DE PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN.....52

5.1 PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 52
5.2 TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.....53
5.3 PLAN ANDALUZ DE HEMOTERAPIA.....53
5.4 PLAN DE APOYO A LA FAMILIA.....54
5.5 REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA 56
5.6 PLAN DE GENÉTICA 56
5.7 ATENCIÓN A PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) 57
5.8 LABORATORIOS CLÍNICOS Y BANCOS BIOLÓGICOS 57

6 ÁREA DE PLANES INTEGRALES DE SALUD 59

6.1 PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA.....59
6.2 PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA.....60
6.3 PLAN INTEGRAL DE DIABETES 62
6.4 PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS 63
6.5 PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO.....64
6.6 PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTALIDAD 65
6.7 PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL 65
6.8 PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS 2008 - 2012 65

7 PRESTACIONES CONCERTADAS 66

7.1 PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA 66
7.2 TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS 66
7.3 TRANSPORTE SANITARIO 66

8 ÁREA DE PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 68

9 ÁREA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN 72

10 ÁREA DE DOCENCIA Y FORMACIÓN 74

11 GESTIÓN AMBIENTAL 76

12 ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS 77

13 ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICA 78

13.1 GESTIÓN PRESUPUESTARIA 78
13.2 GESTIÓN DE COMPRAS Y LOGÍSTICA 78
13.3 GESTIÓN FINANCIERA 80
13.4 CONTABILIDAD DE COSTES (COAN–HYD) 80
13.5 RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL Y GERENCIA DEL RIESGO 81

14 ÁREA DE INVERSIONES 83

15 ÁREA DE FINANCIACION 84

16 ÁREA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS 86

17 ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN 87

18 ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN 90

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.

Las principales líneas estratégicas que emanan del III Plan Andaluz de Salud como instrumento director de la política sanitaria del Gobierno Andaluz y del II Plan de Calidad como marco político estratégico de la Consejería de Salud, afianzan la **apuesta por la calidad** e impulsan aquellas actuaciones encaminadas a la **búsqueda de la excelencia,** implicando al sistema sanitario público en un proceso orientado hacia formas cada vez más **efectivas y eficientes** de conseguir los objetivos y de **satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos andaluces.**

La Consejería de Salud mediante el Contrato Programa, que enmarca su relación con el Servicio Andaluz de Salud para el periodo 2005-2008, establece como principales líneas de actuación el **compromiso con las necesidades y expectativas** de la ciudadanía, la extensión de la gestión por **procesos** y de la **gestión clínica**, la **integración entre los niveles** asistenciales, la **orientación a resultados**, la garantía de la **calidad** de las prestaciones**,** la promoción de la **gestión del conocimiento** y de la **innovación**, el desarrollo de un modelo integral de **gestión por competencias** y la gestión de la **calidad en las políticas de salud pública,** concediendo especial relevancia a la implantación **de políticas transversales de innovación tecnológica.**

La ley de Salud de Andalucía otorga al Servicio Andaluz de Salud las competencias para la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Asimismo le atribuye la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que obran 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.

Dentro de este ámbito, el presente Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que éstos dispondrán así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2008.

Como en años anteriores, en este Contrato el Servicio Andaluz de Salud incentivará de forma especial el establecimiento de objetivos comunes entre Hospitales y Distritos sanitarios.

Los listados, informes, guías y análisis solicitados en este Contrato Programa serán enviados a las correspondientes unidades de los Servicios Centrales, a las cuales se facilitará además toda la actividad auditora y de evaluación.

Una vez finalizado el ejercicio y dentro del primer semestre del siguiente, el Hospital deberá suministrar al Servicio Andaluz de Salud su memoria anual, en la que se reflejarán de forma especial las áreas recogidas en el presente Contrato Programa, el resto de actividades y los resultados obtenidos tras su evaluación.

El presente Contrato Programa entre el Servicio Andaluz de Salud y el Hospital, tendrá vigencia durante el periodo 2005-2008 pudiendo ser revisado de forma anual, por causa suficientemente justificada, a propuesta de cualquiera de las partes.

El presente Contrato Programa se sustenta en las siguientes áreas de actuación:

- Atención Ciudadana
- Gestión de la Prevención, Promoción y Protección de la Salud
- Organización de la Asistencia Sanitaria
- Calidad Asistencial
- Planes Horizontales de Gestión
- Planes Integrales de Salud
- Prestaciones Concertadas
- Promoción del Uso Racional del Medicamento
- Apoyo a la Investigación
- Docencia y Formación
- Gestión Ambiental
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión Económica
- Inversiones
- Financiación
- Nuevas Tecnologías
- Tecnologías de la Información
- Sistemas de Información y Evaluación

1 ÁREA DE ATENCIÓN CIUDADANA

El Servicio Andaluz de Salud ha definido con rotundidad el papel y la razón de ser del ciudadano como centro del Sistema Sanitario Público y lleva dos décadas introduciendo mejoras en la atención ciudadana, algunas de ellas con carácter innovador y pionero, tanto en el reconocimiento de los derechos, como en la prestación de servicios, consecuencia del trabajo, de la gestión publica eficiente y responsable, de todas las personas de nuestra organización, en respuesta a las opiniones y expectativas de los ciudadanos y a la confianza que depositan en el SSPA.

Es un hecho constatado que las expectativas de nuestros usuarios, su percepción sobre elementos tangibles e intangibles del servicio, están experimentando un importante cambio.

La ciudadanía es cada vez más consciente de su derecho a recibir un servicio excelente, no sólo desde el punto de vista de calidad científico-técnica, sino también en los componentes interpersonales y relacionales que configuran su experiencia de contacto con el sistema y sus profesionales.

El Servicio Andaluz de Salud, una organización sensible y consciente de los márgenes de mejora en las relaciones con los ciudadanos, establece el PLAN DE ATENCIÓN CIUDADANA como instrumento de planificación estratégica que impulsa y dirige una profunda transformación de la atención a la ciudadanía, para ello define cinco líneas estratégicas:

- Línea 1. Impulsar la innovación y modernización de los Servicios de Atención Ciudadana.
- Línea 2. Mejorar, integrar y consolidar los sistemas de recogida de las opiniones y expectativas de los ciudadanos, desarrollando de nuevos canales de comunicación e información.
- Línea 3. Desarrollar planes específicos de participación ciudadana.
- Línea 4. Adaptar los servicios a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, impulsando proyectos de mejora desde la perspectiva del usuario.
- Línea 5. Avanzar en garantizar los derechos a los ciudadanos.

El objetivo final es que el ciudadano sienta reforzada su confianza en la Sanidad Publica, se sienta único dentro del Sistema, que en todo momento perciba la atención sanitaria que recibe, más cálida, cercana y transparente.

Con el Contrato Programa 2008, el Servicio Andaluz de Salud refuerza su compromiso de servicio a la ciudadanía, desarrollando estrategias que han incorporado sus opiniones como herramienta fundamental que orienta las actuaciones de la organización sanitaria hacia la personalización de la asistencia, la recogida de las opiniones de los ciudadanos, la participación, la información, la accesibilidad, el confort, la intimidad y los derechos y sus garantías.

1.1 Personalización de la atención

El Servicio Andaluz de Salud entiende la personalización de la atención como el **principio que debe regir todo el proceso de atención a los ciudadanos y ciudadanas que toman contacto con el sistema sanitario público**, proceso que se inicia con la identificación unívoca del individuo, la garantía, seguridad y confidencialidad de su información y el desarrollo de todo su proceso integrado de atención, que realizan cooperadamente diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios, dando una respuesta sensible, específica, adaptada a su problema, a sus necesidades y expectativas en cada momento.

El Hospital garantizará la personalización en todos los procesos de atención a los pacientes.

1.2 Opiniones de la ciudadanía

1.2.1 Análisis de satisfacción de los usuarios

Con el propósito de conocer la opinión y satisfacción directa de los usuarios y monitorizar los cambios y áreas de mejora en los centros, el Hospital, a lo largo del 2008, garantizará el desarrollo de las siguientes encuestas:

- Por una parte, las dos encuestas anuales que se vienen realizando mediante el convenio SAS-CSIC (IESA), que nos aporta información global anual del Hospital, de los Centros Hospitalarios de Consultas Externas y de los Centros Periféricos de Especialidades.

- Y por otra, la encuesta autocumplimentada al alta hospitalaria que se viene realizando mediante colaboraciones externas con a Dirección Regional de Atención Ciudadana del Servicio Andaluz de Salud, y que nos aporta información cuantitativa y cualitativa (lo que más y menos ha gustado) por Servicio de Centro Hospitalario con periodicidad mensual, trimestral y anual.

- A lo largo del 2008 la DRAC, mediante colaboración externa, pondrá en marcha dos nuevas encuestas autocumplimentadas que analizarán la satisfacción de los usuarios con los servicios de Hospital de Día Médico (HDM) y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Es una ampliación del proyecto de la encuesta autocumplimentada al alta hospitalaria y su análisis y metodología es similar a éste.

1.2.1.a Encuesta de satisfacción a usuarios de Atención Hospitalaria

El Hospital elaborará planes de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en los dos últimos años, que incluirán medidas para elevar los niveles de satisfacción.

El Hospital analizará todas las preguntas de la encuesta **referidas a su Hospital** y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir las que no superan el 70% de satisfacción.

Por otro lado, el Hospital analizará las preguntas referidas al **índice sintético de satisfacción** (Atención, Hostelería y Derechos) y establecerá planes de mejora en aquellas variables cuya valoración sea significativamente baja en relación con el promedio de su grupo hospitalario.

1.2.1.b Encuesta de satisfacción a usuarios de Consultas Externas

El Hospital elaborará planes de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en los dos últimos años, que incluirán medidas para elevar los niveles de satisfacción.

El Hospital analizará todas las preguntas de la encuesta **referidas a sus Centros de Consultas Externas** y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir las que no superan el 70% de satisfacción.

1.2.1.c Encuesta autocumplimentada al alta hospitalaria

Con el objetivo de monitorizar con carácter permanente las opiniones de las personas que utilizan las zonas de Hospitalización de los Hospitales andaluces, el Hospital seguirá potenciando el desarrollo de las **encuestas autocumplimentadas al alta hospitalaria en los diferentes Servicios.**

En 2007 se establecieron importantes mejoras en todo el proceso de recogida de opiniones tras la hospitalización, referidas no sólo a la herramienta en sí (nuevo cuestionario, presentación y formato actualizado), sino también al tipo de análisis realizado. Así, con carácter trimestral y anual, los Hospitales disponen de información cuantitativa y cualitativa a nivel de Servicio, lo que supone disponer de información importante para la mejora continua de los mismos y como herramienta de gestión para la aplicación de planes de mejora y gestión de las UGC y los Servicios.

Estas mejoras se reflejarán en los contratos programa y acuerdos de gestión (documento anexo a este Contrato Programa) suscritos por el Hospital con sus unidades dependientes. El contenido de estos planes de mejora será remitido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria antes de Junio 2008.

1.2.1.d Encuesta autocumplimentada de los servicios de Hospital de Día Médico (HDM) y Hospital de Día Quirúrgico (HDQ).

A lo largo de 2008, la DRAC pondrá en marcha un nuevo proyecto de encuesta autocumplimentable que analizará la satisfacción del Servicio de Hospital de Día Médico (HDM) y de Hospital de Día Quirúrgico (HDQ), con el propósito de conocer la opinión y satisfacción directa de estos usuarios y monitorizar los cambios y áreas de mejora en estos servicios.

Así, uno de los objetivos prioritarios que se persigue con estas encuestas es la de explorar las opiniones de lo que más y menos ha gustado, con carácter casi permanente y que permita detectar y establecer mejoras en aquellos aspectos peor valorados.

1.2.2 Reclamaciones

Durante el período 2005-2008 los Hospitales utilizarán la información procedente del análisis de las Reclamaciones y Sugerencias como fuente para la mejora continua de la atención al ciudadano.

Se empleará la aplicación informática AGORA de gestión de las reclamaciones en el Servicio Andaluz de Salud.

El Hospital mantendrá la Comisión de Seguimiento de las Reclamaciones y Sugerencias y aplicará el procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas a las reclamaciones y sugerencias de todo el Hospital.

Al finalizar cada semestre, el Hospital dispondrá de un estudio sobre calidad de las respuestas emitidas y de la evolución de las reclamaciones por motivos, tipo de profesional afectado y tipo de respuesta (Hoja de evaluación semestral de reclamaciones anexa a este Contrato Programa). Se remitirá informe de la evaluación semestral a la Dirección Regional de Atención Ciudadana.

El equipo de dirección analizará el resumen de las reclamaciones de su Área al menos dos veces al año. Este análisis incluirá los motivos, grupos profesionales afectados, tipo de contestación realizada y medidas puestas en marcha para la mejora identificada a través de las reclamaciones.

Los profesionales afectados por una reclamación conocerán la respuesta que la Dirección del Hospital ha emitido al reclamante.

El Hospital dará difusión (salvo que el interesado exprese lo contrario) a los reconocimientos realizados por los usuarios o familiares sobre la atención recibida.

1.3 Información, accesibilidad, confort e intimidad

1.3.1 Servicios de Atención Ciudadana

Los Servicios de Atención Ciudadana, como estructuras facilitadoras de las relaciones con los ciudadanos, son un instrumento de vital importancia dentro de la estrategia destinada a que el ciudadano sea el centro del sistema, por lo que se requiere una consolidación y potenciación de dichos servicios.

El Hospital continuará el proceso de adaptación de los SAC y atención sanitaria a la realidad intercultural de nuestra comunidad autónoma, con especial énfasis a los servicios de promoción de la salud, salud de la mujer y atención perinatal.

Durante el año 2008 los Servicios de Atención Ciudadana adaptaran su estructura física y su organización funcional, con objeto de mejorar la atención a la ciudadanía, hacerla mas personalizada, que garantice la intimidad, confidencialidad y el confort de las instalaciones, potenciando la imagen

corporativa mediante la señalización del SAC, exposición de su cartera de servicios, adaptación del mobiliario e infraestructuras.

El Hospital establecerá las medidas oportunas que permitan el desarrollo del Plan de Formación 2008 de la DGAS a los profesionales de los SAC.

A lo largo del 2008 se impulsará la innovación y modernización de los Servicios de Atención Ciudadana de los centros mediante el desarrollo de la Línea Estratégica 1 del Plan de Atención Ciudadana. Se realizará la descripción y actualización de los procesos administrativos de su Cartera de Servicios, el desarrollo profesional, la definición de puestos de trabajo, el mapa de competencias y el plan de formación, la mejora de estructuras y herramientas de gestión.

Los Servicios de Atención Ciudadana podrán suscribir con la Dirección de su Hospital el Acuerdo de Gestión por Objetivos (anexo a este Contrato Programa) para el desarrollo de sus objetivos específicos.

El Hospital potenciará el desarrollo de los Servicios de Atención Ciudadana conforme lo establecido en el Plan de Atención Ciudadana del Servicio Andaluz de Salud.

1.3.2 Accesibilidad, confort e intimidad

El Hospital desarrollará las medidas que contribuyan a mejorar la calidad percibida por los usuarios en relación con la imagen y el confort de los centros, e irá adaptando tales medidas a las necesidades de los menores.

- Plan de las pequeñas cosas
- Plan de intimidad
- Planes de acogida de los pacientes
- Guías del usuario
- Custodia de documentación clínica
- Centros Libres de Humo

Entre los objetivos mínimos que debe cumplir y mantener el Hospital en relación con el confort, figuran los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas y en el Plan de Intimidad (ambos, anexos a este Contrato Programa) en los siguientes ámbitos:

- Accesibilidad
- Cartelería
- Condiciones ambientales confortables
- Limpieza
- Mobiliario
- Pequeño equipamiento
- Pintura y revestimientos
- Protocolos

El Hospital / Área de Gestión Sanitaria dispondrá de un Plan de Acogida dirigido a los pacientes y ciudadanía en general con el objetivo de facilitar la integración del cliente externo a través de la información, recepción, comunicación y respuesta a las demandas que surjan a su paso por los centros sanitarios.

Entre los contenidos que integrará el Plan de Acogida se considerará como elementos mínimos: la Guía de Usuario de cada centro, protocolo para la identificación de los profesionales, sobre custodia de documentación clínica, regulación de las visitas de familiares, información sobre la normas del centro y tener disponible la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía.

El Hospital a lo largo del año 2008 y en función de sus características especificas, **establecerá un protocolo para mejorar las visitas de familiares a pacientes hospitalizados**, garantizando en todo momento el descanso, la intimidad de los pacientes y el normal desarrollo de la actividad asistencial.

Contemplará, al menos, los siguientes aspectos:

- Definición de circuitos de acceso al centro y su señalización.
- Protocolo ajustado a las características especificas de los Servicios.
- Sensible a las necesidades especificas y puntuales de los pacientes.
- Elaborado con la colaboración de los personas implicadas en el desarrollo de la estrategia (profesionales, pacientes, acompañantes y familiares), buscando la corresponsabilidad con el Sistema Público.
- Diferenciación clara entre el acompañamiento del paciente, y la regulación del régimen de visitas.
- Identificación personas externas que acceden como visitantes (tarjetas, soporte informático, etc.).
- Establecimiento de franja horaria de acceso y permanencia en el centro (preferentemente en horario de tarde).
- Límite de visitantes por paciente (preferiblemente 2 personas).
- Difusión de la estrategia en todo el hospital, plan de comunicación interna, señalización interna, etc.

Para ello, el Hospital podrá utilizar como fuente primaria, la información recogida en las encuestas autocumplimentadas al alta y la información de las reclamaciones y sugerencias, donde los ciudadanos nos expresan entre sus opiniones “uno de los aspectos a mejorar” y que justifican el abordaje de esta estrategia para el 2008.

1.3.3 Información sobre derechos y deberes del usuario

El Hospital garantizará la difusión de la información sobre derechos y deberes del ciudadano en el Sistema Sanitario Público.

El Hospital promocionará la incorporación del lenguaje no sexista en la documentación y la información dirigida a los ciudadanos.

El Hospital, sensible a la diversidad cultural, difundirá la información traducida a varios idiomas, según las necesidades de la población atendida.

El Hospital mantendrá en los accesos de todos sus centros, en lugares bien visibles, la "Carta de Derechos y Deberes del Sistema Sanitario Público de Andalucía". Incorporará la Carta de Derechos y Deberes a las Guías de los usuarios y utilizará también otros formatos para difundirla al máximo entre los usuarios y los profesionales.

En las actividades de formación del Hospital para profesionales del Servicio Andaluz de Salud, se incluirán temas relacionados con el marco jurídico y los valores que orientan el modelo de atención sanitaria del SSPA.

1.4 Planes específicos de participación ciudadana

El Hospital seguirá potenciando la participación ciudadana en el marco de las líneas estratégicas de actuación del III Plan Andaluz de Salud, II Plan de Calidad y las líneas básicas del Contrato Programa 2005-2008, con el doble interés de informar al ciudadano de sus servicios de forma transparente y de escuchar su opinión y darle participación activa para mejorarlos.

Teniendo en cuenta el creciente número de pruebas sobre los beneficios de la participación de la ciudadanía en políticas de salud y en la toma de decisiones sobre los temas que le afectan, cobra especial importancia abrir nuevas vías o espacios de participación individual y colectiva. El Servicio Andaluz de Salud apuesta por **institucionalizar la participación** potenciando las líneas de participación existentes, creando nuevas fórmulas que permitan a la ciudadanía participar no sólo puntualmente, sino de forma regular en todos los ámbitos. El objetivo es propiciar altos niveles de participación, donde los **ciudadanos estén involucrados activamente, sean copartícipes en las líneas de desarrollo definidas para la participación con los servicios sanitarios**, en la identificación de oportunidades de mejora, análisis de causas y establecimiento de medidas correctoras, así como en la mejora continua de los procesos de atención.

El Hospital/Área de Gestión Sanitaria desarrollará un Plan de Participación Ciudadana que recogerá diversas formas y estructuras de participación colectiva, dando especial relevancia a las contempladas en el Anexo a este Contrato Programa "Propuesta de iniciativas y acciones de participación". Para la dinamización y puesta en marcha de este plan el Hospital/Área designará la estructura y persona responsable del mismo.

1.5 Derechos sanitarios

Avanzar en el desarrollo efectivo de los nuevos derechos de los ciudadanos, es uno de los grandes retos a los que el SAS quiere responder en el presente ejercicio 2008, ello supone seguir trabajando en otras dimensiones de la vida de los pacientes que no sean exclusivamente lo relacionado con los hechos clínicos, en este contexto hablamos de humanizar la medicina al introducir los

valores de la persona en todos los momentos en que se desarrolla el proceso asistencial.

Los Hospitales desarrollaran estrategias de formación e información a todos sus profesionales, como herramientas para la mejora del desarrollo efectivo de los derechos sanitarios y sus garantías, así como los procedimientos para la gestión eficiente de los mismos.

Derecho a la información

El hospital garantizará el derecho a estar informado con carácter continuado por el profesional que corresponda, favoreciendo en todo momento el conocimiento de su proceso asistencial, la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente.

Libre Elección de Especialista y Hospital

El Hospital garantizará el ejercicio del derecho a la Libre Elección de Especialista y Hospital mediante la oferta de sus agendas personalizadas en Diraya.

Voluntades anticipadas

Durante el 2008 el Hospital desarrollará las actuaciones necesarias para garantizar la información y los trámites en relación con el derecho de la persona a realizar su Declaración de Voluntad Vital Anticipada, así como la consulta al Registro a los profesionales sanitarios.

Segunda opinión

El Hospital colaborará en las medidas adecuadas para hacer efectivo el derecho a la segunda opinión, según la normativa vigente y en su extensión a nuevos procesos asistenciales.

Consentimiento informado

El Hospital trabajara para garantizar el desarrollo practico y fundamental del principio de autonomía de los pacientes en relación al Consentimiento Informado, entendido como un proceso de información continua al paciente que realizan diferentes profesionales, y se refleja siempre en la historia clínica del mismo (Ley básica 41/2002).

El Hospital, sin detrimento del proceso de información continua al paciente, velara por la utilización del consentimiento informado, por escrito y de la forma adecuada, ajustándose a la regulación vigente para centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, según se establece en la resolución 223/2002 del Servicio Andaluz de Salud.

El Hospital continuará aplicando las medidas sobre Consentimiento Informado de acuerdo a las instrucciones recibidas de la Dirección Corporativa.

Garantías de plazos de espera

El Hospital desarrollará las actividades necesarias para el cumplimiento de los plazos de garantía de tiempos de espera quirúrgicos, de consultas externas, pruebas diagnósticas y procesos asistenciales.

Derechos del Menor

El Hospital desarrollara las medidas adecuadas que se necesiten para continuar haciendo efectiva las disposiciones contenidas en el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre sobre el ejercicio de los derechos de las personas menores de edad. Fundamentalmente en que la atención sanitaria y los recursos que se utilicen en su atención tengan en cuenta su edad, su genero, su personalidad, y condiciones socioculturales, así como todo lo relacionado con el derecho a solicitar y recibir la asistencia sanitaria por si misma, la información en términos adecuados, el consentimiento informado, el acceso a su historia clínica, el acompañamiento, etc.

Derechos que en su mayoría, se regulan en la Ley Básica 41/2002 de la autonomía del paciente y ahora venimos desarrollándolos en el menor.

2 ÁREA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

2.1 Enfermedades transmisibles

Red de Alertas de Salud Pública

Durante el año 2008, los Hospitales contribuirán a la puesta en marcha de la red de atención a las alertas de Salud Pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se garantizará, mediante la participación de los profesionales implicados, la respuesta a todo fenómeno potencial de riesgo para la salud de la población andaluza y / o trascendencia social, frente a la que sea necesario el desarrollo de actuaciones urgentes y eficaces.

Tuberculosis

A lo largo del 2008 el Hospital desarrollará la Atención a la Tuberculosis mediante:

- búsqueda activa de contactos
- monitorización del tratamiento
- elaboración junto con el Distrito de AP de planes específicos de acción en las zonas de lata prevalencia

En los casos bacilíferos se asegurará el seguimiento clínico y la adopción de medidas de aislamiento hospitalario hasta su negativización.

VIH/SIDA

A lo largo de 2008 el Hospital seguirá trabajando en la atención al VIH/SIDA según las indicaciones establecidas en el documento elaborado por el grupo de procesos. Asimismo, se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las normas de calidad contenidas en el mismo, prestando especial atención a la devolución de información a Atención Primaria sobre los enfermos remitidos por el centro de salud. Es fundamental, Asimismo la recogida de casos y su notificación oficial al Sistema de vigilancia Epidemiológica, tal como indica la legislación vigente.

Brucelosis

A lo largo del 2008 el Hospital continuará desarrollando el programa de Atención a la Brucelosis. Asimismo se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las Normas de Calidad contenidas en el mismo.

2.2 Seguridad alimentaria

En el periodo 2005 – 2008 todos los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud deberán tener implantado un Sistema de Autocontrol de cocina basado en los principios del APPCC de su actividad de restauración colectiva.

Para elaborar e implantar el Sistema de Autocontrol podrán contar con la colaboración de la Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental del Distrito en cuyo ámbito esté ubicado el Hospital.

En la viabilidad del Sistema de Autocontrol y su posterior supervisión una vez implantado, deberá participar un profesional de la Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental del Distrito distinto del que haya colaborado en su puesta elaboración / implantación.

En 2008 se organizará desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria un curso dirigido a los responsables de las cocinas de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud que no tengan implantado el Sistema de Autocontrol, en 2008 se elaborará el Sistema de Autocontrol y en 2009 se implantará.

2.3 Atención a la mujer y al niño

El Hospital asegurará la coordinación con los dispositivos de Atención Primaria y la existencia de protocolos de derivación desde este nivel para la atención quirúrgica de los procesos relacionados con la **anticoncepción**, que serán atendidos con los mismos criterios de prioridad establecidos para la lista de espera quirúrgica.

En el marco establecido por el decreto 101/1995 de 18 de abril, el Hospital desarrollará los mecanismos necesarios para el efectivo ejercicio de los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el nacimiento, consolidando la oferta de analgesia y otros aspectos según criterios establecidos en el documento de Estrategia para la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, del Consejo Interterritorial.

El Hospital asegurará la toma de muestras para el **cribado de metabolopatías** a todos los recién nacidos, para la detección precoz de Hipotiroidismo. La muestra se tomará en el formulario habilitado para el mismo. (Dos sobres y dos fichas para recogida de datos). A la vez se informará a la madre o familia del recién nacido de la necesidad de acudir al centro de atención primaria para la toma de la 2ª muestra, con la parte del formulario para detección de fenilcetonuria y que se entregará en el mismo Hospital.

El Hospital asegurará la **vacunación de HB** a todos los recién nacidos informando sobre la pauta a seguir fundamentalmente en los casos de hijos de madres portadoras.

El Hospital desarrollará las actividades necesarias para promover la **lactancia materna** y asegurar a las madres que lo deseen, apoyo y adiestramiento en la técnica del amamantamiento.

Los hospitales de Puerto Real, Infanta Elena, Infanta Margarita, La Axarquía, Úbeda, Baza, San Cecilio, Torrecárdenas y Virgen del Rocío, desarrollarán las estrategias de mejora que se establezcan en el Proyecto de Mejora de la Atención Perinatal fruto del Convenio de Colaboración entre la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se garantizará el derecho de los menores con riesgo de haber sufrido malos tratos o cualquier forma de abuso sexual, a ser explorados por personal especializado, facilitando el necesario apoyo psico-terapéutico para reducir o paliar el daño producido (Decreto 42/2002 sobre desamparo, tutela y guarda del menor, art. 15).

En los casos de menores que sufren maltrato, se garantizará el derecho a la protección inmediata, la atención adecuada, la confidencialidad y el anonimato necesarios, así como la emisión de informes técnicos necesarios para la intervención de otras instancias o instituciones. Se cumplimentará el parte de lesiones y los informes clínicos necesarios, reflejando las lesiones físicas y el estado psicológico del menor así como la "hoja de detección y notificación de maltrato infantil" (Orden de 23 de junio de 2006, BOJA nº 130 de 7 de julio). La cumplimentación de esta hoja no exime de la emisión del preceptivo parte de lesiones cuando se considere necesario.

Se garantizará el derecho de los menores con riesgo de haber sufrido malos tratos o cualquier forma de abuso sexual, a ser explorados por personal especializado, facilitando el necesario apoyo psico-terapéutico para reducir o paliar el daño producido (Decreto 42/2002 sobre desamparo, tutela y guarda del menor, art. 15).

Durante el 2008 se completará y consolidará la implantación del Programa de Hipoacusia Infantil distribuido por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, en todos los Hospitales.

Durante el año 2008 el Hospital desarrollará los aspectos contenidos en el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las personas menores de edad. En particular, articulará las medidas necesarias para garantizar **una atención integral al niño hospitalizado**, disponiendo de espacios diferenciados para la hospitalización de recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares, adaptados a sus necesidades. Se adecuarán los procedimientos asistenciales y el trato de los profesionales a las características, necesidades y derechos específicos de los menores. En cada Hospital se nombrará o consolidará la comisión de mejora de la calidad asistencial a menores.

2.4 Actuación sanitaria en los casos de violencia de género

Se garantizará el derecho de las mujeres víctimas de violencia de género a ser atendidas de forma inmediata, y preservando la intimidad y confidencialidad de las actuaciones.

Durante el año 2008:

- Se desarrollará un protocolo específico de detección precoz y atención a mujeres que sufren maltrato y/o agresiones sexuales que incluya la derivación a los servicios especializados que se requieran, tomando como base el **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**

- Se solicitará la presencia del forense en caso de agresiones sexuales u otras graves que lo precisen, para exploración conjunta.

- Cumplimentación del parte de lesiones e informes clínicos cuando sea necesario, reflejando las lesiones físicas y el estado psicológico.

- Registro de nº partes y evaluación semestral.

2.5 Atención a los problemas de salud de los jóvenes

El Hospital desarrollará las actuaciones contenidas en el Plan de Atención a la Salud de los Jóvenes, y garantizará la dispensación de **anticoncepción poscoital de emergencia** durante los siete días de la semana, sin que el derecho de las mujeres a utilizarla sea interferido por el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales.

2.6 Atención a personas inmigrantes

La población inmigrante presenta aspectos sociales y demográficos muy heterogéneos según la zona geográfica donde está ubicada, sobre todo por la edad, el sexo, la nacionalidad de origen y la situación de normalización documental.

Por ello el Hospital:

- adecuará la atención sanitaria que presta a este grupo de población a las características diferenciadoras citadas según el centro sanitario.

- contribuirá a proporcionar la información necesaria sobre la accesibilidad al sistema sanitario de todas las personas inmigrantes, en especial a aquellas que se encuentran en situación no normalizada, derivando al Distrito de Atención Primaria para la emisión del Documento de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria.

El Hospital registrará toda la información relativa a la asistencia sanitaria prestada a esta población, en particular la cubierta por el Documento de Reconocimiento Temporal, y la suministrará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria con periodicidad anual.

3 ÁREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

3.1 Accesibilidad

La accesibilidad a los servicios sanitarios públicos es un principio básico de equidad que define a nuestro SSPA. Asegurar que cualquier ciudadano reciba la atención que necesita en el momento apropiado de la historia natural de su proceso, garantiza la calidad asistencial y los buenos resultados. Por tanto, el Hospital adoptará las medidas necesarias para alcanzar la accesibilidad óptima. Todas las actuaciones realizadas en éste sentido se encaminarán a cumplir con los **decretos de garantía de plazos de respuesta** (Decretos 209/01 y 96/04).

Se hará especial hincapié en:

- Adecuar los horarios de atención a la ciudadanía a la realidad de sus necesidades, para lo cual es necesario establecer un **horario de funcionamiento continuado (de mañana y tarde)**.

- Potenciar el **acto único / alta resolución.** Esto supone la realización de todas las consultas y actividades de los diferentes profesionales en una misma jornada, con una única cita, hasta posibilitar el diagnóstico y establecimiento de un plan terapéutico.

- Optimizar las agendas

- Se establecerá las bases que permitan el **recordatorio de la fecha de la cita** a través de SMS, con el objeto de disminuir el porcentaje de no presentados.

- Se diseñará un procedimiento para asegurar que aquellos pacientes que quieran **anular una cita, puedan hacerlo utilizando el número de teléfono** que se facilita para ello en el documento donde se comunica la cita. Ello permitirá reutilizar el hueco de la agenda que ha dejado el paciente y con ello maximizar las agendas además de favorecer la comunicación de los usuarios con su centro.

- Impulsar la atención domiciliaria. Uno de los aspectos clave aquí es el apoyo a las personas cuidadoras, por lo que se deben priorizar medidas de discriminación positiva dirigidas a las personas cuidadoras de grandes discapacitados. Estas tratarán fundamentalmente de **facilitar el acceso a los profesionales y la gestión de trámites** (coordinación de citas y pruebas complementarias, circuitos diferenciados para traslados en ambulancias) por ser los aspectos más demandados según ponen de manifiesto los resultados obtenidos en estudios con metodología de grupo focal realizados en nuestro ámbito.

Estas actuaciones requieren de la coordinación de las actividades de los diferentes profesionales y niveles de atención. Requiere asimismo, readaptar los sistemas de citación, y realizar una planificación operativa adecuada. El

hospital debe hacer especial énfasis en el establecimiento y cumplimiento de protocolos de indicación tanto de interconsultas, como de pruebas diagnósticas y de intervenciones quirúrgicas. Estas indicaciones deben ser establecidas y consensuadas con los clínicos de todas las áreas de conocimiento implicadas, con elevada participación de los profesionales de atención primaria.

3.2 Accesibilidad en el Área Quirúrgica

En el periodo de vigencia de este contrato programa el Hospital mantendrá la situación alcanzada en los tiempos de espera quirúrgicos. Ningún paciente esperará más de 180 días para ser intervenido por un procedimiento de los recogidos en el Anexo 1 del Decreto de garantía de plazo de respuesta.

Deberá garantizarse el plazo máximo de respuesta de 120 días para los procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006.

Deberán intervenirse antes de los 60 días la patología coronaria y la patología valvular cardiaca.

Los procedimientos relacionados con la creación de un acceso vascular para diálisis renal deberán ser intervenidos ajustándose a los plazos establecidos por el Proceso Asistencial “Insuficiencia Renal Crónica”.

El Hospital potenciará la Comisión de Programación Quirúrgica.

El Hospital deberá ajustarse a las instrucciones que se remitirán desde estos Servicios Centrales, relativas a la inscripción en la Aplicación para la Gestión de la Demanda, de todos los procedimientos que sean susceptibles de ser realizados en un quirófano (quirúrgicos o no quirúrgicos) y de todos los procedimientos quirúrgicos que puedan realizarse fuera de un quirófano. Esta modificación, se debe a la necesidad de iniciar la programación de los partes quirúrgicos de forma informatizada a través de la propia aplicación.

Estos nuevos procedimientos se incluirán en estadísticas diferenciadas, por tanto no interferirán en la Lista de Espera Quirúrgica (Anexo1), pero si nos permitirá obtener una mayor información de los mismos.

Además se prestará una especial atención al trabajo que desarrolle la Comisión de Indicaciones, que estará orientado a las actuaciones dirigidas a la reducción de la Variabilidad en la Práctica Médica (VPM), en una faceta concreta que son las Indicaciones Quirúrgicas.

Para el análisis de las indicaciones quirúrgicas del Hospital serán utilizadas como referencia las tasas de indicación quirúrgica estandarizadas por procedimiento y por grupo de Hospitales y las tasas de indicación históricas de cada Hospital, elaboradas por la Dirección Regional de Producto Asistencial.

Para la toma de decisiones relacionada con el Área Quirúrgica de Lista de Espera se aconseja el uso de la herramienta COHEASIST, la cual se actualiza mes a mes y proporciona información comparada con el resto de hospitales del

grupo al que se pertenece, mediante los Indicadores elaborados (IINDA, ISA, ISAP).

En el caso de realización de actividad extraordinaria mediante equipos móviles o autoconcierto, se aplicarán los criterios reflejados en el "Documento de Regularización de la actividad Extraordinaria y medidas de coherencia".

Para aumentar la efectividad y la eficiencia se impulsará:

- La Cirugía Mayor Ambulatoria y la cirugía programada con ingreso; reduciendo paralelamente las intervenciones urgentes diferidas.

- La resolución en atención primaria de los procesos susceptibles de Cirugía Menor Ambulatoria.

- La reducción del porcentaje de **intervenciones suspendidas.**

La disminución de la **estancia media preoperatoria** para las intervenciones programadas ajustándose a los objetivos establecidos en este Contrato Programa.

El Hospital tendrá una ratio de entradas / salidas en Registro de Demanda Quirúrgica inferior a uno. En general el objetivo de incremento de volumen de pacientes es una reducción del 3%, pero este objetivo se ajustará a cada Hospital dependiendo de la evolución de los últimos años (Cuaderno de Gestión Quirúrgica). Los incrementos superiores sólo se podrán justificar por modificaciones de la población adscrita al Hospital.

El Hospital se ajustará a las directrices establecidas en el Manual de Procedimiento de AGD, en lo referente a las Suspensiones Temporales (Documento 7 de cambio de estado, pág. 45).

No se deberá superar el porcentaje de pacientes en situación de suspensión temporal establecido en los anexos de este Contrato Programa para cada tipo de Hospital.

Serán sometidos a evaluación mediante auditorías sistemáticas, los procedimientos y circuitos relacionados con AGD de todos los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Se dedicará especial atención a la actividad relacionada con los Equipos Móviles y el Autoconcierto.

Durante el periodo 2005-2008 se mantendrá la política de transparencia al ciudadano, con la publicación en la página Web de los tiempos de espera por procedimiento y especialidad que se establezcan por el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

3.3 Accesibilidad en el Área de Consultas

No habrá pacientes con cita asignada por encima de 60 días y sin cita asignada por encima de 30 días desde la fecha del registro de la solicitud, en las especialidades incluidas en el Decreto:

- Oncología Médica
- Obstetricia
- Hematología
- ORL
- Psiquiatría y Salud Mental
- Neumología
- Aparato Digestivo
- Cirugía General y Digestiva
- Medicina Interna
- Pediatría
- Urología
- Rehabilitación
- Dermatología
- Cardiología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Neurología
- Nefrología
- Endocrinología
- Ginecología
- Oftalmología

El Hospital, en coordinación con Atención Primaria, consolidará la implantación del Comité de Mejora en su Área.

El Hospital y los Distritos de Atención Primaria, a través del Comité de Mejora, observarán la evolución de los Pactos de derivación de consultas, estableciendo reuniones con carácter trimestral.

El Hospital mantendrá en todo momento abiertas las agendas de las consultas de las especialidades incluidas en el Decreto 96/2004, como mínimo para los 60 días siguientes, con el objeto de posibilitar el acceso a Atención Primaria a la citación de los pacientes.

El Hospital gestionará las agendas de citación de consultas procedentes de Atención Primaria, con el objetivo de que al 60% de ellas se les asigne cita en los tramos de 0 a 40 días. Los Hospitales que hayan alcanzado este 60 % en el 2007, mantendrán el % alcanzado.

El Hospital gestionará el 100% de las citas procedentes de Atención Primaria, las intrahospitalarias (interconsultas) y las citas sucesivas, a través del módulo de citación de la aplicación DIRAYA.

El Hospital realizará, en la Plataforma INFHOS, un seguimiento semanal de las solicitudes de Consultas incluidas en el Anexo II del Decreto 96/2004, que

estén en situación de pendientes de asignación de cita (diferidas) y con tiempos de espera superior a 30 días desde la fecha de Inicio de la demora, con el objetivo de asignar una cita en plazo.

La gestión de citas procedentes de Atención Primaria para pacientes identificados como cuidadores de grandes discapacitados deberá realizarse de acuerdo con sus preferencias y necesidades.

El Hospital debe garantizar la Libre Elección de Especialista y Hospital, mediante la apertura de al menos una agenda por cada una de las especialidades sujetas al Decreto de Garantías, con el objetivo de que los ciudadanos puedan ejercer este derecho.

El Hospital fomentará las Consultas en Acto Único incluyendo esta tarea en las agendas del módulo de citación y ofertándola a Atención Primaria. El 10% de la actividad de consultas procedentes de Atención Primaria, se realizarán a través del modelo de ACTO UNICO.

Los Hospitales desarrollaran agendas con la tarea PROCESOS en sus módulos de citación de la aplicación DIRAYA ofertándolas a Atención Primaria.

Se asignarán citas a los pacientes para la tarea RECOGIDA DE RESULTADOS en un plazo no superior a los 45 días desde la fecha en la que el facultativo prescribió las pruebas diagnósticas.

Los Hospitales tendrán identificadas las agendas de actividad por Continuidad Asistencial y de Actividad Extraordinaria, tal como recogen las instrucciones remitidas desde la DRPA.

La actividad por Continuidad Asistencial deberá alcanzar el 6% respecto al total de la actividad Ordinaria.

El Hospital establecerá las bases que permitan el recordatorio de la fecha de la cita a través de SMS, con el objeto de disminuir el porcentaje de no presentados.

Se fomentará el uso del teléfono establecido en los Hospitales para que los pacientes puedan anular citas con fecha asignada y se les comunique otra nueva en tiempo y forma.

Cada Hospital se ajustará a los objetivos que se establezcan en el plan pormenorizado de los Cuadernos de Gestión.

3.4 Accesibilidad en el Área Pruebas Diagnósticas

No habrá pacientes con cita asignada por encima de 30 días y sin cita asignada por encima de 10 días desde la fecha del registro de la solicitud, en los Procedimientos diagnósticos incluidos en el Decreto:

- Arteriografía utilizando medios de contraste
- Cateterismo cardiaco
- Ecocardiografía
- Monitorización cardiaca
- Pruebas de esfuerzo
- Endoscopia digestiva, vía oral
- Endoscopia digestiva, vía rectal
- Endoscopias respiratorias
- Endoscopias urológicas
- Examen genital femenino
- Gammagrafías
- Colangiografías
- Radiología digestiva
- Mamografías
- TAC
- RNM
- Ultrasonografías
- Urografías
- Pruebas funcionales respiratorias
- Radiología simple
- Determinaciones analíticas
- Determinaciones básicas de anatomía patológica

El Hospital gestionará en DIRAYA el 100% de sus agendas de pruebas funcionales incluidas en su cartera de servicios.

El Hospital registrará en soporte informático todas las demás pruebas radiológicas incluidas en su cartera de servicios afectadas por el Decreto de Garantía. El Hospital remitirá semanalmente (martes) a estos SSCC la información de sus respectivos RIS, a través de los procedimientos establecidos en la plataforma INFHOS.

El Hospital deberá programar las agendas de las pruebas diagnósticas afectadas por el Decreto 96/2004 con una antelación de doce meses.

El Hospital gestionará las agendas de citación de pruebas diagnósticas, con el objetivo de que al 50% de las solicitudes se les asigne cita en el tramo de 0 a 15 días. Los Hospitales que hayan alcanzado el 50 % en el 2007, mantendrán el mismo valor.

El Hospital continuará utilizando los protocolos de indicación de pruebas diagnósticas elaborados por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con las Sociedades Científicas correspondientes

Los Hospitales remitirán desde sus HIS todas los movimientos (entradas y salidas) de Pruebas Diagnósticas y Funcionales habidas semanalmente. La información de Pruebas remitidas abarcará la integridad de las correspondientes a su cartera de servicio.

Los Hospitales tendrán identificadas las agendas de actividad por Continuidad Asistencial y de Actividad Extraordinaria, tal como recogían las instrucciones remitidas desde la DRPA.

La actividad por Continuidad Asistencial deberá alcanzar el 6% respecto al total de la actividad de PP.DD.

Los hospitales tomarán medidas para que las pruebas diagnósticas cuya realización se ha practicado con una demora de 0 días, solo correspondan a la actividad realizada a través de Acto Único y de Radiología simple.

Los hospitales registraran los volúmenes de pacientes pendientes, dado que el análisis de las salidas de Pruebas Diagnósticas presenta demoras en su realización.

Los Hospitales informarán a los servicios que no utilicen el modulo de DIRAYA para la citación de pruebas diagnósticas, la obligación de mantener archivadas en dicho servicio, durante un mínimo de 12 meses, las copias de las solicitudes, con el objeto de conocer la fecha de solicitud de dichas pruebas.

Aquellos hospitales que utilicen sus RIS para la gestión de citas y que estas aplicaciones sólo posean las fechas de grabación de solicitud y las de asignación de cita, deberán coincidir la fecha de grabación con la fecha de solicitud prescrita por el FEA, con el objetivo de conocer las demoras de pacientes pendientes.

Los Hospitales comunicarán a los servicios que realicen pruebas diagnósticas la obligación de remitir los informes clínicos, a los facultativos solicitantes de dichas pruebas, en un plazo máximo de 15 días.

El Hospital realizará un seguimiento diario de las alertas en la Plataforma INFHOS de las solicitudes de pruebas diagnósticas contempladas en Anexo III del Decreto 96/2004, que tengan cita asignada superior a 30 días desde la fecha de inicio de la demora, con el objetivo de asignar una nueva cita en plazo.

El Hospital realizará, mediante la Plataforma INFHOS, un seguimiento diario de las solicitudes de pruebas diagnósticas incluidas en el Anexo III del Decreto 96/2004, que estén en situación de pendientes de asignación de cita (diferidas) y con tiempos de espera superior a 10 días desde la fecha de inicio de la demora, con el objetivo de asignar una cita en plazo.

El Hospital proporcionará al usuario una copia debidamente cumplimentada y fechada del documento de solicitud disponible en DIRAYA para pruebas diagnósticas incluidas en el Anexo III del Decreto 96/2004.

3.5 Gestión Clínica

A lo largo de 2008, el Servicio Andaluz de Salud continuará impulsando el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica existentes y la creación de otras nuevas.

La gestión clínica constituye tanto una herramienta para impulsar la mejora de la calidad en la atención sanitaria en el SSPA como el ámbito idóneo donde implantar las políticas y objetivos estratégicos de la organización. Una de sus principales características es que permite dotar al profesional de una mayor autonomía organizativa y paralelamente de una mayor responsabilidad en la gestión de los recursos.

Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la ciudadanía, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como el uso de herramientas que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc.) Con esta perspectiva, el modelo de gestión clínica puesto en marcha mediante la creación de Unidades de Gestión clínica (UGC) en los diferentes centros del Servicio Andaluz de Salud pone el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, fundamentándose en el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión del ciudadano, la transparencia y el impulso de la investigación y el desarrollo.

El Acuerdo de Unidades de Gestión Clínica (anexo a este Contrato Programa) es el documento que formaliza el compromiso de los profesionales con la Dirección de su centro. Se trata de un documento que ha de servir como marco para recoger las líneas estratégicas de la Organización y permitir a las diferentes unidades de gestión clínica ver reflejados sus elementos comunes y sus rasgos distintivos para que puedan verse reconocidas. Este Acuerdo de UGC tiene una vigencia de 4 años y supone la autorización de la unidad por dicho lapso de tiempo. Sus tres apartados fundamentales son:

– Descripción de la UGC, en él cada unidad debe definir “qué es” y “qué hace”, prestando especial atención a los principales problemas de salud que atiende, al tipo de pacientes y familiares, a otros profesionales con los que ha de establecer colaboraciones para desempeñar correctamente su labor y a los recursos con los que cuenta.

– Objetivos, en éste apartado los objetivos se agrupan en las siguientes dimensiones: actividad y rendimiento, accesibilidad, seguridad del paciente, indicadores clínicos y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados, orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción, adecuación de la prescripción y consumo de fármacos, continuidad asistencial, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de

fármacos y procedimientos, gestión económica y dimensiones de libre configuración. La necesidad de fijar objetivos en estas dimensiones viene determinada por el tipo de unidad (médica, quirúrgica, mixta, diagnóstica, de farmacia, de salud mental, cuidados críticos y urgencias, etc.). Con la selección de sus objetivos la UGC establece "qué se propone mejorar", dentro del marco de las líneas y objetivos estratégicos de la organización sanitaria pública (Contrato-Programa, Planes Integrales, Planes Horizontales de Gestión, Procesos Asistenciales Integrados, etc.). Tales objetivos deben ser ambiciosos pero alcanzables, medibles, y deben reflejar fielmente la práctica asistencial.

– Evaluación, aquí la UGC define cómo va a monitorizar el cumplimiento de sus objetivos, qué indicadores va a utilizar, cuáles son sus fuentes de información y qué método empleará. La evaluación de objetivos es anual.

La Dirección Gerencia del Hospital debe remitir a la DGAS, una vez ratificados y firmados por su titular, los acuerdos de gestión de las nuevas UGC. Remitirá también los objetivos para 2008 de las UGC existentes, junto a la evaluación de los objetivos del ejercicio 2007. El plazo terminará el 29 de febrero de 2008.

La autorización y consolidación de Unidades de Gestión Clínica exige que desde los equipos directivos se asegure el soporte necesario para facilitar el desarrollo del Acuerdo de Gestión Clínica (niveles de accesibilidad, calidad de los sistemas de información, grado de implantación de procesos asistenciales, gestión económica, gestión del conocimiento y otros). **Se trata de facilitar los mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de corresponsabilidad a las Unidades de Gestión Clínica.** En este sentido es de especial relevancia el avance decidido en el uso y explotación de los sistemas de información y en el desarrollo de los presupuestos clínicos.

En general, el equipo directivo del centro, en el ámbito de las UGC debe:

- Valorar y decidir qué UGC deben constituirse en sus centros.
- Transmitir la promoción en su centro la cultura de gestión clínica.
- Colaborar en la preparación y desarrollo de aquellas actividades formativas que la DGAS programe en el área de gestión clínica.
- Facilitar los apoyos a las actividades formativas de régimen interno que programen para sus profesionales las direcciones de las UGCs de su Centro.
- Participar activamente en las reuniones de consenso e identificación de áreas de mejora por tipo de UGC y el resto de iniciativas relacionadas.
- Participar y coordinar el proceso de evaluación anual de las UGCs del Centro así como remitir los resultados del mismo antes de 29 de febrero a la DGAS para la determinación de los incentivos que pudieran corresponder.
- Sugerir aquellas mejoras en la fiabilidad, equidad y homologación en los sistemas de registro, recogida de datos o información locales, que se consideren necesarios para evaluar indicadores de sus UGCs que lo precisen para su medición.
- Seleccionar las propuestas de indicadores en base a las normas que se incluyen en el modelo anexo de Acuerdo de UGC y remitirla a la DGAS.

3.6 Gestión por Proceso Asistencial Integrado

La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye, junto a la Gestión Clínica una herramienta básica de trabajo, para garantizar la calidad de las prestaciones en el SSPA. Su desarrollo en el Sistema Andaluz de Salud, avala la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Hospitalaria.

El Hospital en coordinación con el Distrito continuará desarrollando las líneas de actuación iniciadas en años anteriores y deberá tener un mínimo de 22 procesos asistenciales implantados a finales de 2008, y los de nueva incorporación acordados en el presente Contrato deberán estar en fase 1 al finalizar el año. Los criterios de priorización se establecen en las tablas 1 y 2. Estos procesos se deberán implantar siguiendo la metodología contemplada en la Guía de diseño y mejora continua de Procesos del SSPA, y las directrices dadas desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

En el presente Contrato se contempla la introducción de procesos de soporte (tabla 3) cuya implantación se realizará en las unidades correspondientes.

El Hospital junto con el Distrito deberá articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en las comisiones mixtas interniveles, fijando un calendario anual de reuniones con actas que recojan los temas abordados y acuerdos alcanzados.

El Hospital junto con el Distrito, participará en los Grupos de Desarrollo de Procesos que deberán constituirse en el Área Hospitalaria, con profesionales de ambos niveles asistenciales, para la implantación de cada uno de los procesos asistenciales priorizados. Cada Grupo de Desarrollo, realizará, previo a su implantación, un análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI (según el modelo estandarizado del Anexo a este Contrato), la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), el plan de implantación en el Área Hospitalaria y el plan de apoyo para la evaluación y mejora continua de calidad del proceso asistencial. A través de las correspondientes actas, los Grupos de Desarrollo, recogerán los temas abordados y acuerdos alcanzados en cada reunión.

El Hospital incentivará y facilitará la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales en el Área Hospitalaria.

Dentro del plan de formación para 2008 el Hospital incorporará las necesidades de formación para cada proceso asistencial así como el calendario de reuniones previstas. Este plan de formación deberá ir unido al plan de comunicación interna de toda la línea de desarrollo de proceso.

El Hospital incorporará en los Acuerdos de Gestión de sus Unidades, objetivos de desarrollo y resultado de procesos asistenciales integrados, de aquellos que tiene implantados en su Área.

Tabla: 1

PROCESOS ASISTENCIALES OBLIGATORIOS PARA SU IMPLANTACIÓN	
. Asma infantil	. Cáncer de Pulmón
. Asma del adulto	. Cuidados Paliativos
. Ataque cerebrovascular	. Dolor Torácico
. Cáncer de Cérvix/Útero	. Diabetes
. Cáncer de mama	. Embarazo, parto y puerperio
. HBP/Cáncer de Próstata	. EPOC
. Cáncer Colorrectal	. Insuficiencia cardiaca
. Cáncer de piel . Disfonía/Cáncer de Laringe	. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal*

*Solamente para aquellos Hospitales/Distritos Sanitarios que realicen actividades correspondientes a este Proceso

Tabla: 2

PROCESOS ASISTENCIALES PRIORITARIOS PARA SU IMPLANTACION	
. Amigdalectomía / adenoidectomía	. Fiebre de duración intermedia
. Anemia	. Fractura de cadera
. Ansiedad, Depresión, Somatización	. Hemorragias uterinas anormales
. Arritmias	. Hernias de pared abdominal
. Artroplastia de cadera	. Hepatitis víricas
. Artrosis de cadera y rodilla	. Insuficiencia venosa crónica
. Atención al Paciente Pluripatológico	. Otitis
. Atención Temprana	. Riesgo Vascular
. Atención a la caries dental y a las inclusiones dentarias	. Red de banco de tumores de Andalucía
. Catarata	. Síndrome febril en el niño
. Cefaleas	. Trasplante cardiaco
. Colelitiasis / colecistitis	. Trasplante hepático
. Demencia	. Trasplante pulmonar
. Disfunción tiroidea	. Trastorno de la conducta alimentaria
. Dispepsia	. Trauma grave
. Dolor Abdominal	. Trastorno mental grave
. Dolor Crónico no Oncológico	. VIH/SIDA
. Fibromialgia	

Tabla: 3

PROCESO DE SOPORTE PARA SU IMPLANTACION
. Hemoterapia
. Bloque Quirúrgico
. Laboratorios clínicos
. Nutrición clínica y dietética
. Técnicas de Imagen

Los procesos priorizados para su implantación, deben elegirse de la siguiente manera:

- **Obligatorios**: Procesos Incluidos en el Decreto 96/2004 de garantía de plazo de respuesta (BOJA nº 62, 30 de Marzo), planes integrales, alta prevalencia y grupos de especial atención. **Se deberán incluir todos.**

- De la tabla 2 se deberán escoger como mínimo 5 procesos considerados prioritarios según las necesidades de salud detectadas en su zona

Normas básicas de calidad por proceso. Cumplimiento y Evaluación

En una nueva fase del desarrollo de líneas de evaluación de los Procesos Asistenciales Integrados que se inicia para el periodo 2005-2008 vamos a considerar nuevos elementos de evaluación. De esta manera, en la implantación de los procesos se considerarán dos fases, que condicionarán distinta evaluación:

- Fase 1: Aquellos incorporados como nuevos en el contrato 2008, existencia de anexo II (análisis de situación) y arquitectura 4 (adaptación local del proceso).

- Fase 2: para los ya implantados en años anteriores, se evaluará la cobertura del proceso en función de una población umbral mínima y el cumplimiento de normas de calidad

A medida que avancemos en el periodo 2005-2008 iremos tendiendo no tanto a un aumento progresivo del número de procesos implantados como de un incremento de los resultados de los indicadores de normas de calidad y coberturas.

El Hospital en el año 2008 adoptará las medidas oportunas para hacer efectivas las Normas Básicas de Calidad definidas en los procesos asistenciales y adoptará las medidas necesarias para evaluar su cumplimiento.

En el ANEXO X se detallan los indicadores que corresponden a las normas de calidad de los procesos asistenciales integrados, así como el valor porcentual de cumplimiento de cada uno, construidos a partir de los resultados obtenidos en evaluaciones de objetivos específicos de UUGGCC y resultados de cuadros de mando conjunto Atención Primaria-Atención Especializada.

Con carácter anual el Hospital elaborará el cuadro de mando para el seguimiento del cumplimiento de normas de calidad, el análisis de mejora y la evaluación posterior de los cambios introducidos en los servicios a partir de los problemas detectados. Al menos se realizará para diez procesos asistenciales. Los resultados de la evaluación se remitirán antes del 20 de enero de 2009 a la DGAS, a la Unidad de Coordinación de Procesos Asistenciales.

Cumplimiento de objetivos

La evaluación de los objetivos se basará en unos criterios mínimos para poder adjudicarle a cada una de las áreas una función valor. En el año 2008 se evaluará la cobertura del proceso en función de una población umbral mínima y el cumplimiento de las normas de calidad de al menos los veintidós procesos comprometidos en los acuerdos de colaboración del año 2008.

Los objetivos se medirán por dos parámetros, el número de procesos implantados (50% de peso total) y la realización del cuadro de mando (50% del peso total) (ANEXO IX)

Desarrollo de grupos de mejora

El Hospital en colaboración con el Distrito impulsará a lo largo del año 2008, el desarrollo de grupos de mejora y de otras estructuras informales de calidad de carácter local e internivel como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad, según se establece en la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrales del SSPA.

Tras la evaluación del cuadro de mando del Hospital y el del Distrito diseñarán estrategias de mejora para aquellos aspectos, que no alcancen los objetivos establecidos en el Área Sanitaria, garantizando en todo momento la continuidad asistencial Serán responsables igualmente, de la adaptación de los procesos en los casos en que el grupo de referencia autonómico establezca modificaciones en alguno de los procesos asistenciales. (Anexo a este Contrato).

Plan de comunicación

El Hospital, en colaboración con el Distrito en los aspectos comunes, elaborará un plan de comunicación tanto interno como externo para difundir entre los profesionales implicados, toda la información relacionada con la implantación de los procesos asistenciales (documentación, formación, arquitectura nivel 4, y aspectos metodológicos y organizativos).

3.7 Personalización en la atención clínica y continuidad asistencial

La Continuidad Asistencial es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: la mejora de la salud del ciudadano.

La continuidad asistencial es entendida, por tanto, como un elemento esencial, que añade valor a las prestaciones sanitarias que el Sistema Sanitario Público de Andalucía proporciona para poder garantizar una asistencia de calidad.

Para este año 2008, se establece como instrumento que materializa la continuidad asistencial, el Acuerdo de gestión Distrito-Hospital. Este acuerdo contendrá al menos los puntos recogidos en el correspondiente Anexo del

presente documento y será elaborado y enviado a los SSCC del Servicio Andaluz de Salud antes del 30 de Abril.

Personalización en la atención clínica

La personalización es una condición necesaria para garantizar una atención centrada en los ciudadanos. Mediante ella se busca que la atención tenga como características fundamentales la longitudinalidad y la integralidad.

La personalización de la atención consiste en que un mismo médico y una misma enfermera, con la colaboración de todo el equipo de Atención Hospitalaria, atienden todos los problemas del paciente durante la estancia hospitalaria. La asignación de una enfermera referente de los cuidados mejorará el conocimiento de sus pacientes y personas cuidadoras.

El Servicio Andaluz de Salud seguirá potenciando la reordenación de la atención hacia un modelo organizativo basado en la personalización de los servicios, estableciendo vínculos estables y continuados entre los profesionales y sus pacientes, sin que el nivel asistencial o la estructura organizativa se convierta en un obstáculo.

El Hospital debe promover, de forma coordinada, todas las acciones necesarias para que la organización funcional de las unidades permita dar respuesta a la atención personalizada de los pacientes, permitiendo establecer vínculos con los pacientes y sus familias y poder prestar apoyo a la persona cuidadora familiar.

La continuidad asistencial constituye el criterio clave para la organización de los servicios, siendo el desarrollo del modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por procesos asistenciales el objetivo para la oferta de servicios. Para ello el Hospital revisará y adaptará su oferta actual de servicios al desarrollo de dichos procesos.

Comisión de Continuidad Asistencial

La Continuidad Asistencial constituye un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Por esta razón es necesario incorporar y seguir desarrollando medidas que permitan la atención continuada del ciudadano y un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre Distritos y Hospitales.

Cada Hospital constituirá una Comisión de Continuidad Asistencial con todos los Distritos de referencia. Esto puede dar lugar a que un Distrito esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un Hospital de referencia. Estará formada por los Titulares de la Dirección Gerencia, la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y el Responsable de la Unidad de Atención al Ciudadano por parte del Hospital, y por el Distrito, por los Titulares de la Dirección del Distrito, la Dirección Asistencial, la Dirección de Cuidados de Enfermería y el Responsable de la Unidad de Atención al Ciudadano. A ella se podrán incorporar cuantos profesionales se consideren necesarios, según los

asuntos a tratar. Cada año, un directivo será el responsable de la misma, alternándose del nivel de Atención Primaria y Hospitalaria cada año.

El Distrito y el Hospital deberán articular las medidas necesarias que aseguren el funcionamiento de la Comisión de Continuidad Asistencial, integrada por directivos y profesionales de ambos niveles, que se constituye como un elemento que va a permitir trabajar para la continuidad asistencial y la mejora de la práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes.

Se fijará un calendario de reuniones, al menos 4 al año, se nombrará una persona responsable de la secretaría que garantizará la elaboración de actas y la emisión de informes de la Comisión. Los directivos serán los responsables del cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de la Comisión.

Los Directivos evaluarán los resultados de la Comisión de Continuidad Asistencial a través de las actas e informes emitidos y de la medición de los indicadores que hayan decidido previamente, elaborará una Memoria anual que deberá recoger:

- los objetivos propuestos para el año en curso
- los elementos de mejora para la continuidad asistencial puestos en marcha
- los resultados obtenidos. Su sistema de información e indicadores.
- las actividades de formación o encuentros de profesionales realizados

Dicha Memoria anual será remitida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria en los primeros 15 días del año siguiente.

Entre sus funciones se definen:

- promover la mejora de la práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes
- favorecer la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales
- establecer mecanismos de coordinación que permitan la planificación ordenada de ingresos y altas hospitalarias a los pacientes que lo requieran
- monitorizar los pacientes con múltiples ingresos, facilitando su control desde Atención Primaria.
- la coordinación y puesta en marcha de las demás comisiones mixtas interniveles existentes y aquellas otras que se creen. Deberán existir al menos las siguientes:

Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos

El Distrito y el Hospital deberán articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en la Comisión de Continuidad Asistencial con relación a los procesos, fijando un calendario anual de reuniones y levantando actas que recojan los temas y acuerdos alcanzados**.**

El Distrito y el Hospital potenciarán los Grupos de Desarrollo e implantación de Procesos en cada Área Hospitalaria con la participación de profesionales de

ambos niveles asistenciales en cada uno de los procesos asistenciales priorizados.

Cada Grupo de Desarrollo e implantación realizará, previo a su implantación, el análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI según modelo estandarizado y la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), estos grupos recogerán los acuerdos y temas abordados en cada reunión, mediante las actas correspondientes, trasladando sus conclusiones a la Comisión de Continuidad Asistencial.

Estos grupos de profesionales participarán en la evaluación de los resultados y en el análisis y propuestas de mejora.

El Distrito y el Hospital incentivarán y facilitarán la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales y potenciarán la evaluación de los resultados de los procesos de forma conjunta en los dos niveles asistenciales.

Comisión de Cuidados de Enfermería de Área

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área es un órgano de gestión de mejora que trabaja para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados de enfermería interniveles, introduciendo elementos de mejora basados en la mejor evidencia posible e integrando recursos para promover resultados clínicos de cuidados de enfermería óptimos en los pacientes, especialmente en los más vulnerables.

Una de las funciones de la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área es favorecer el acceso de la Enfermera gestora de casos a ambos niveles asistenciales y establecer mecanismos de coordinación para favorecer la realización de planificación de cuidados de enfermería al alta por parte de las Enfermeras de ambos niveles asistenciales para aquellos pacientes que lo requieran. En el caso de pacientes que precisen en el momento del alta hospitalaria apoyo para su autocuidado en el domicilio, se entregará hoja de recomendaciones.

Esta coordinación con el Hospital también será necesaria para monitorizar a los pacientes de múltiples ingresos facilitando su control desde Atención Primaria. Para ello se deberán activar las Guías de Actuación Compartida (GAC) que delimiten las actuaciones en problemas concretos en uno y otro nivel de atención.

La GAC, tal como se referencia en anexo adjunto a este Contrato Programa, es un instrumento que orienta a las enfermeras en la toma de decisiones en situaciones específicas relacionadas con la continuidad de cuidados de enfermería interniveles.

La herramienta de intercambio de información entre las enfermeras de ambos niveles de atención es principalmente el Informe de Continuidad de Cuidados

de Enfermería (ICCE). El ICCE es un documento con carácter bidireccional, ya que aunque es especialmente necesario al alta hospitalaria, también deberá emitirse en aquellos casos en que la enfermera de familia de referencia o enfermera gestora de casos en AP lo considere necesario por la situación que presente el paciente y cuando se conozca el ingreso de éste. Actualmente esto sólo es posible en los casos de ingresos de cirugía programada.

Otro instrumento para la gestión de los cuidados, que deberá seguir desarrollándose en el año 2008 es el Cuaderno de Continuidad de Cuidados (CCC). Su objetivo es que los profesionales de enfermería de referencia del paciente dispongan de información relevante de los problemas de salud del paciente de forma clara y accesible. El Cuaderno de Continuidad de Cuidados se enmarca dentro de las medidas establecidas para la mejora de la continuidad asistencial. Los pacientes frágiles y vulnerables reciben atención frecuentemente de diferentes dispositivos de nuestro sistema sanitario (centros de salud, servicios de urgencias, Hospitales, consulta de especialistas...) por ello, con el CCC se pretende reunir en un solo documento que porte el paciente la información de mayor relevancia en su estado de salud y en su caso el de la persona cuidadora, debiendo ser consultado y actualizado cada vez que entre en contacto con los servicios sanitarios. Este documento no sustituye en ningún caso el ICCE.

El Servicio Andaluz de Salud viene desarrollando un programa de telecontinuidad de cuidados mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes con criterios de fragilidad dados de alta durante los fines de semana, festivos y vísperas de festivo desde las unidades de Hospitalización, además de desarrollar durante la época estival el programa de Prevención e intervención ante temperaturas extremas. Desde el Distrito Sanitario debe garantizarse el seguimiento de estos pacientes (telefónico o presencial).

Otra línea a avanzar en este programa para el período 2005–2008 es el seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta con criterios de fragilidad y necesidad de continuidad de cuidados tras salir del Hospital, desde las unidades de Hospitalización.

Desde Atención Primaria se identificarán los pacientes frágiles que necesiten tutela o seguimiento por parte de Salud Responde.

Comité de Mejora de Derivaciones

Este Comité es el encargado del seguimiento del Acuerdo interniveles sobre derivaciones y acceso a pruebas diagnósticas, de poner en práctica, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial, cuantas medidas sean necesarias para un mayor control de calidad de las relaciones interniveles con relación a las interconsultas y pruebas diagnósticas. Asimismo, establecerán mecanismos o circuitos para valorar la pertinencia de las derivaciones a interconsultas y velará por la puesta en marcha de las consultorías y del acceso desde Atención Primaria, a las pruebas diagnósticas que se establezcan y que deben recoger al menos las relacionadas con los procesos asistenciales puestos en marcha a nivel del Área.

Este comité será nombrado por los directivos del Hospital y del Distrito/s. Deben tener representación los directivos y profesionales. Entre sus funciones destacan:

– Seguimiento de los Informes Clínicos de Alta Hospitalaria. Es un informe imprescindible para garantizar la continuidad de la asistencia del paciente cuando vuelve a su domicilio; es por ello que debe contener toda la información clínica relevante, informe de pruebas realizadas, diagnósticos, tratamientos practicados y prescritos y que deben ajustarse a la política y objetivos del uso racional del medicamento, revisiones necesarias, citas de revisión correspondientes, informe de cuidados de enfermería y cuantos apartados el Comité considere necesario. El comité, es el responsable de que los profesionales efectúen el informe clínico de alta y de la calidad del mismo.

– Seguimiento del Informe Clínico de Derivación desde Atención Primaria. Cuando el profesional sanitario de Atención Primaria considere necesario, por la complejidad del problema de salud que presenta el paciente, que sea derivado a Atención Hospitalaria, para realizar o confirmar un diagnóstico, por precisar una intervención terapéutica específica de ese nivel asistencial, para seguimiento de su patología, o por inclusión del paciente en un Proceso Asistencial Integrado, deberá utilizar el informe clínico de derivación. El Comité será el encargado de que siempre sea éste el sistema de acceso del paciente a las interconsultas, que aquellos centros informatizados utilicen el formato electrónico en su ejecución, que todos los campos, tanto administrativos como clínicos vayan cumplimentados adecuadamente, que se aporten los informes de las pruebas diagnósticas practicadas, el diagnóstico de presunción y el tratamiento seguido por el paciente, además de la información que la Comisión de Continuidad Asistencial considere pertinente.

– Seguimiento del Informe Clínico emitido desde las consultas externas de Atención Hospitalaria. En las consultas externas de Atención Hospitalaria, una vez realizadas las pruebas diagnósticas y las interconsultas que sean necesarias para responder a la necesidad planteada por el profesional sanitario de Atención Primaria que derivó al paciente, debe emitirse este Informe Clínico, para poder seguir con la continuidad asistencial que precisa el paciente. El Comité es el encargado de que siempre se realice éste y con la calidad adecuada. Asegurándose que contenga la información completa de pruebas y tratamientos realizados, el diagnóstico de confirmación, la prescripción de los fármacos que precise, ajustados al uso racional del medicamento, y que al paciente le han sido dadas las citas necesarias en Atención Hospitalaria para futuras revisiones o especifique el alta por el proceso que fue derivado.

– Seguimiento de los dispositivos de Fisioterapia y de Rehabilitación tal y como se recoge en Acuerdo de Gestión Distrito-Hospital.

El comité deberá elaborar una memoria anual de actividades, que deberá ser remitida al finalizar el año 2008 a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Comisión de Coordinación Interniveles para el Uso Racional de los Medicamentos

Su objetivo es constituir el foro donde se logre consensuar, entre el nivel de Asistencia Primaria y Hospitalaria todos aquellos aspectos técnicos, científicos, administrativos u organizativos o informativos que puedan redundar en una mejor utilización conjunta de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía y permitan una adecuada corresponsabilización de ambos niveles en el seguimiento y control de los tratamientos prescritos a sus pacientes.

Sus funciones son:

– Elaboración y difusión de aquellas recomendaciones o protocolos unificados de actuación que permitan la necesaria corresponsabilización de ambos niveles asistenciales en la utilización de medicamentos. Se priorizarán los correspondientes a los procesos asistenciales con mayor prevalencia, en los que intervengan ambos niveles y que impliquen el uso de medicamentos con alto impacto económico y/o en resultados de salud. Asimismo, se elaborarán protocolos específicos de utilización adecuada de medicamentos en los servicios de urgencias. Estas recomendaciones se elaborarán con criterios de calidad y eficiencia

– Promoción y desarrollo de programas de investigación sobre la calidad y sobre el grado de cumplimiento de los tratamientos instaurados con aquellos medicamentos o grupos de medicamentos más utilizados conjuntamente por ambos niveles asistenciales.

– Análisis y evaluación periódica del consumo de los medicamentos, en especial los utilizados en tratamientos crónicos, mediante los indicadores cuali-cuantitativos más adecuados. Se priorizará la evaluación del grado de adecuación de las prescripciones a los protocolos establecidos y la eficiencia de las mismas. Se difundirá a los profesionales los resultados, conclusiones y recomendaciones de la Comisión.

– Diseñar y proponer las intervenciones específicas (educativas, informativas, de gestión) que puedan ser realizadas por el Hospital o los Distritos para mejorar la calidad farmacoterapéutica en los mismos.

– Conocer, informar y colaborar en cuantas actividades o programas relacionados con el medicamento y demás productos incluidos en la Prestación Farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía, se realicen en el Hospital y en los Distritos respectivos.

– Cuantas otras tareas o funciones le sean encomendadas, en estas materias, por el órgano competente del Servicio Andaluz de Salud.

Su composición será la siguiente:

- Presidencia: será desempeñada sucesivamente y por períodos anuales, por el titular de la Dirección Médica del Hospital y cada uno de los titulares de la Dirección Asistencial de los Distritos que la integran.

- Vocales: lo serán, en función de su cargo o representación los siguientes:

  - El Jefe del Servicio o Unidad de Farmacia del Hospital.
  - Técnicos de Salud, especialidad Medicamento, de cada uno de los Distritos de Atención Primaria del área de influencia del Hospital.
  - El Jefe de Servicio o Unidad de Farmacología Clínica del Hospital, cuando esta exista.
  - Un médico de Atención Primaria en representación de cada una de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los Distritos implicados.
  - Un médico especialista en representación de cada una de las Subcomisiones que se constituyan conforme a lo previsto en el punto 5.

- Secretario: Será elegido de entre los vocales por períodos anuales.

Los profesionales que sean nombrados para formar parte de la Comisión están obligados a asistir a todas las reuniones que debidamente se convoquen. A estas reuniones podrán asistir como invitados aquellos otros profesionales a los que el Presidente invite, por acuerdo de la Comisión, por considerar de interés su presencia o actuación en una determinada reunión, en función del orden del día.

Cuando en su Orden del Día se incluya la discusión de un trabajo a elaborar o elaborado por las Subcomisiones a que se refiere el punto 5, todos los integrantes de dicho grupo serán citados como vocales de la misma.

Los responsables de enfermería de los Distritos y Hospital serán convocados para que asistan, como vocales de la Comisión, cuando el Orden del día afecte a la política de cuidados de enfermería o la intervención de estos profesionales sea relevante en el seguimiento y control de los tratamientos que se pretendan tratar en la reunión.

Funcionamiento:

- La Comisión se reunirá, al menos, una vez al semestre, convocada por su presidente mediante escrito en el que conste orden del día, lugar y fecha de celebración, al que acompañe la documentación que se estime necesaria para su mejor desarrollo.

- Con la firma de un tercio de los vocales se podrá proponer al Presidente convocatoria de reunión extraordinaria, justificando su necesidad.

- Las fechas y horarios se escogerán de forma que permita la máxima asistencia de los vocales. Asistencia que en todo caso, deberá ser facilitada por los Directores respectivos, subsanando los obstáculos de tipo laboral que pudiesen obstaculizarla.

– El Secretario de la Comisión levantará acta de lo tratado y acordado en cada reunión, remitiendo un ejemplar a cada uno de sus componentes.

Subcomisiones:

– A fin de lograr la máxima participación de los profesionales, imprescindible en un foro de consenso y colaboración, la Comisión trabajará, básicamente, a través de Subcomisiones especializadas en los que, sin sobrepasar un número de miembros que impida su funcionalidad, se integren representaciones suficientes de los colectivos de médicos de Atención Hospitalaria que correspondan, médicos de Atención Primaria y, en su caso, acorde con las materias que se traten.

– Cada Comisión constituirá, al menos, las siguientes Subcomisiones, sin menoscabo de poder constituir aquellas que se estime oportuno para abordar temas de interés multidisciplinar o puntual:

- Digestivo y Metabolismo.
- Cardiovascular
- Osteoarticular
- Salud mental
- Respiratorio
- Enfermedades infecciosas

– Estas Subcomisiones desarrollarán las funciones antes enunciadas respecto al uso de los medicamentos que les son propias.

– Como coordinador de cada Subcomisión actuará cada uno de los vocales a que hace referencia el apartado 2, designado al efecto por la Comisión.

Los Trabajos de las Subcomisiones se elevarán a la Comisión, la cual adoptará el acuerdo que corresponda sobre los mismos. Dichos acuerdos tendrán carácter de propuesta o informe cuando se dirijan, por los cauces adecuados, a los Órganos directivos del Servicio Andaluz de Salud o a las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Hospital o los Distritos implicados

Comisión de Formación

Esta Comisión velará por el desarrollo de todas las actividades formativas conjuntas que se establezcan por la Comisión de Continuidad Asistencial. Facilitará que actividades hospitalarias sean ofertadas a los profesionales de Atención primaria y viceversa.

Esta Comisión será nombrada por los directivos del Hospital y del Distrito/s. Deben tener representación los directivos y los profesionales Entre sus funciones se incluyen:

– Fomentar actividades conjuntas de formación para los profesionales sanitarios y no sanitarios. Se tendrán en cuanta la perspectiva clínica y los

procedimientos administrativos acordados para facilitar el paso del paciente y su familia por el sistema sanitario.

- Incorporar al plan de formación las necesidades de formación para cada proceso asistencial a implantar.

- Promover un Foro de Encuentro anual entre profesionales del Distrito y Hospital para exponer los resultados en relación a la continuidad Asistencial y de Cuidados.

- Elaborar un programa de actividades anual

- Elaborar una memoria anual de las acciones formativas conjuntas.

La memoria de actividades deberá ser remitida al finalizar el año 2008 a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

3.8 Ordenación Asistencial

Cartera y oferta de servicios

En cualquier caso el Hospital mantendrá una oferta de servicios que garantice como mínimo, una **Cartera Básica** acorde con el nivel hospitalario especificado, según lo establecido en la Cartera de Servicios de procedimientos por niveles asistenciales (de las especialidades quirúrgicas comunes en todos los centros), así como en las que vayan siendo definidas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, **además** de la **oferta propia** que tenga expresamente autorizada.

El Hospital notificará a los SSCC del Servicio Andaluz de Salud las **Carteras Diagnóstica y Médico-Quirúrgica** de sus centros cuando se produzca cualquier variación, ajustándose al procedimiento establecido a continuación.

La **incorporación de nuevas prestaciones** o el desarrollo de nuevos centros o servicios, obedecerá a criterios de planificación de los recursos sanitarios, que garanticen la equidad en el acceso, la eficacia y la eficiencia, siendo necesaria la autorización expresa y previa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. En el proceso de solicitud de incorporación de servicios que requieran de nuevas tecnologías, el Hospital aplicará el método GANT (Guía para la toma de decisiones en la incorporación y adquisición de nuevas tecnologías a los centros sanitarios de Andalucía), desarrollado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, así como la Guía para la toma de decisiones sobre incorporación de nuevas pruebas genéticas en el Sistema Nacional de Salud (guía GEN) en el caso de incorporación de nuevos análisis genéticos. Toda ampliación de la oferta de servicios de los centros sanitarios se vinculará al adecuado cumplimiento de la Cartera Básica ya mencionada, así como a lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Las **solicitudes de asistencia en centros privados no concertados**, se tramitarán según lo establecido en la Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, SC 190/04, de 11 de marzo, sobre el procedimiento para la utilización, con carácter extraordinario, de servicios sanitarios privados no concertados.

Las **derivaciones a centros del Sistema Nacional de Salud** se ajustarán a lo establecido en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, así como a las instrucciones que se incluyen en este Contrato Programa como anexo.

Aquellos centros, servicios y unidades que sean designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo como **Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR)** del Sistema Nacional de Salud para determinados procedimientos, serán de elección en el caso de necesidad de derivación de pacientes fuera del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o dentro del mismo, en el caso de que estos procedimientos o centros pertenecieran al Sistema Sanitario Público Andaluz.

En todos los casos, la responsabilidad de la solicitud recae en la Dirección Gerencia del centro solicitante y la autorización necesaria será emitida de forma expresa por la Dirección General de Asistencia Sanitaria de acuerdo con las instrucciones mencionadas, a través de la Subdirección de Programas y Desarrollo. No se derivarán casos para procedimientos contenidos en la cartera básica correspondiente al nivel asistencial del centro que solicita la derivación. En cualquier caso, es objetivo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria el poder prestar toda la asistencia sanitaria necesaria dentro de los centros del Servicio Andaluz de Salud.

3.9 Actividad Asistencial

La actividad asistencial desarrollada por el Hospital en el periodo 2005-2008 tendrá en cuenta el tamaño, las características sociodemográficas de su población, su dispersión geográfica y su patrón epidemiológico para garantizar la **máxima calidad en la atención sanitaria dispensada y satisfacer sus demandas, necesidades y expectativas**. La práctica asistencial deberá estar sustentada en el conocimiento científico y ser la más conveniente de acuerdo a las circunstancias del paciente, es decir, aquella cuyo balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes sea más favorable.

Para una adaptación más acorde a la realidad, se tendrá en cuenta a aquellas personas que puedan acudir a ser atendidas como consecuencia de la normativa de libre elección.

Deben articularse los mecanismos necesarios para mantener la continuidad asistencial dentro y fuera del centro, mejorando el trabajo en equipo, la coordinación con Atención Primaria y potenciando la colaboración efectiva entre los distintos servicios, unidades de gestión clínica o equipos funcionales del centro.

A lo largo de 2008, se programará la actividad ordinaria en horarios de mañana y tarde (de 8 a 20 horas). Se reorganizará igualmente el sistema de jornada complementaria para adaptarlo a la reordenación acordada para la atención urgente en Andalucía, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre tiempos de trabajo (Ley 55/2003 del Estatuto Marco) que limita la jornada máxima semanal a 48 horas en cómputo semestral. En aplicación del mismo acuerdo, durante 2008, el Hospital reconsiderará de manera pormenorizada la actividad extraordinaria con financiación específica que tenga autorizada, con el objetivo de minimizarla incrementando la actividad programada. Todos los programas extraordinarios (autorizados o que se autoricen en el futuro) deben mostrar un rendimiento óptimo; para ello se adecuarán a las características que marque en cada momento la Dirección General de Asistencia Sanitaria (relación actividad extraordinaria/actividad ordinaria, incompatibilidad con horario ordinario y jornada complementaria, respeto a objetivos establecidos en los Acuerdos de las Unidades de Gestión Clínica, etc.)

Hospitalización

Un buen uso de los recursos implica realizar actividades con una justificación asistencial. La adecuación en las estancias, los criterios de derivación, los ingresos y las indicaciones de procedimientos son, entre otros, elementos esenciales para prestar una atención sanitaria de calidad.

Los Hospitales deberán ajustar sus indicadores asistenciales a las referencias que proporciona el Contrato Programa, de acuerdo siempre a criterios de eficiencia y efectividad clínicas.

El Hospital ajustará su número de ingresos y el índice de utilización de estancias al objetivo establecido en este Contrato Programa, reduciendo el número de estancias evitables hasta conseguir que estas constituyan menos del 2% del total de estancias del Hospital al final del periodo 2005-2008.

El Hospital ajustará su porcentaje de reingresos no programados a lo especificado en los anexos de este Contrato Programa.

El Hospital potenciará especialmente la actividad ambulatoria y la resolución en acto único para mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los pacientes. Del mismo modo, llevará a cabo las actuaciones necesarias para avanzar en la personalización de la atención, en la identificación de los profesionales de referencia, en la mejora de la información a pacientes y familiares, y en el contenido de los informes de alta. **Este informe de alta deberá ser único y multidisciplinar.**

Es necesario incorporar medidas eficientes de gestión para el ingreso, especialmente para pacientes crónicos, pluripatológicos, oncológicos y mayores de 65 años con alto nivel de dependencia. Se trabajará en el desarrollo de algoritmos de decisión para la planificación del alta en estos pacientes, asegurando una atención coordinada y no fragmentada, así como una transición efectiva y oportuna con el equipo de Atención Primaria. En este

sentido cobra mayor importancia la figura de la enfermera gestora de casos en el Hospital de casos.

Se impulsarán, por tanto, las actuaciones que faciliten que cada paciente disponga de las citas para las revisiones, las prescripciones de tratamiento y de material ortoprotésico y en general de cuanto vaya a necesitar a corto plazo que evite posteriores traslados al Hospital. Se debe asegurar la correcta transmisión de estos pacientes articulando medidas de coordinación con la red social local.

Durante el periodo 2005-2008 se desarrollarán equipos funcionales de carácter multidisciplinar para dar respuesta clínica a los requerimientos de los pacientes crónicos, pluripatológicos y con necesidad de cuidados paliativos.

Hospital de día

El Hospital seguirá fomentando aquellas formas organizativas que aumenten la actividad sin ingreso hospitalario, hasta lograr que al final del 2005-2008, el 95% de los procesos susceptibles de ser resueltos en este ámbito lo sean. Para ello se potenciarán los dispositivos de Hospital de día Médicos –incluye la oncología- y Quirúrgicos (HDM y HDQ).

La respuesta de los HDM y HDQ debe ser integral, eficiente y basada en la mejor evidencia científica a las demandas asistenciales. Los objetivos que se marquen deben reflejar tal composición multiprofesional, de manera que se haga explícita y se pueda evaluar la participación de todos los profesionales implicados.

Se potenciarán, especialmente los siguientes aspectos:

– Formación: para dar respuesta a los avances organizativos actuales es importante identificar áreas de mejora en la formación continuada con profesionales de Atención Primaria, que estén relacionados con manejo de dispositivos, sondas, sistemas para tratamientos, etc. Se debe trabajar para garantizar que la respuesta se facilite en el centro de salud con la misma calidad que si se tratara del Hospital, a través herramientas como: apoyo a la formación en Atención Primaria, sesiones clínicas conjuntas etc., siempre aportando la mejor evidencia disponible.

– Información: se fortalecerá la calidad de la historia clínica, y de toda la documentación clínica, dando carácter prioritario a la información necesaria para cumplimentar el registro de la actividad de Hospital de día en el CMBD.

– Capacidad de resolución: es necesario potenciar el acto único coordinándose con las unidades de Hospitalización y consultas externas, de apoyo al diagnóstico y profesionales de Atención Primaria.

– Mejora en la práctica clínica:

- Debe trabajarse en la elaboración de algoritmos de decisiones por tipo de pacientes, consensuada con los profesionales del Hospital y de Atención Primaria.
- Asegurar que la atención sea coordinada y no fragmentada, y la transición efectiva y oportuna con el equipo de Atención Primaria.
- Potenciar las estrategias de mejora de la seguridad del paciente.
- Los cuidados de enfermería serán personalizados y basados en un método científico. Por ello se debe trabajar con planes de cuidados estandarizados.
- Debe reforzarse la cumplimentación del cuaderno de continuidad de cuidados.

- Apoyo del autocuidado: la planificación, organización y aplicación de programas de salud orientados a promover el autocuidado de la herida quirúrgica es fundamental para mejorar los resultados relacionados con las Intervenciones Quirúrgicas. Se potenciará la elaboración de protocolos con recomendaciones al alta en los procesos de CMA más frecuente para las distintas especialidades.

- Contacto y seguimiento telefónico: para mejorar la accesibilidad, se debe ofertar la posibilidad de contactar telefónicamente con la unidad en horario de mañana y tarde.

4 ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL

El Servicio Andaluz de Salud en el marco de la estrategia de mejora continua de la calidad asistencial impulsará cuantas acciones se dirijan a optimizar el uso de los recursos y a garantizar la calidad y satisfacción deseadas, mejorando y adecuando la oferta de servicios y orientando su organización hacia la gestión clínica y la gestión por procesos asistenciales

El Hospital deberá articular las medidas necesarias para asegurar una provisión de servicios con la máxima calidad. Para ello, a partir de las líneas establecidas por el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008 de la Consejería de Salud, el Hospital elaborará un Plan de Calidad dirigido a garantizar una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible que se traduzca en la obtención de los mejores resultados en salud. Las estrategias prioritarias se centrarán en facilitar la accesibilidad de los usuarios a los servicios, en asegurar la continuidad en la asistencia, en la seguridad de los pacientes, en elevar el nivel de satisfacción de los usuarios, en potenciar una formación con el más alto nivel de calidad científico – técnica y en promover la docencia y la investigación orientadas a una práctica clínica de excelencia.

4.1 Comisiones Hospitalarias

El Hospital asegurará el funcionamiento de las comisiones hospitalarias, adecuando su desarrollo, diversidad y organización a su nivel asistencial, docente e investigador. Con carácter específico asegurará el adecuado funcionamiento de la Comisión de Garantía de Calidad, fundamental para la asesoría, coordinación y adecuado uso de las herramientas de gestión de la calidad asistencial.

Las Comisiones correspondientes elaborarán un **informe resumen del año**, en el que analizarán y evaluarán indicadores y se elaborarán conclusiones en el seno del Hospital en las siguientes áreas:

- mortalidad hospitalaria,
- morbilidad derivada de actuaciones sanitarias,
- infecciones nosocomiales,
- reacciones adversas a medicamentos y a transfusión,
- calidad de la cumplimentación de las historias clínicas,
- correlaciones diagnóstico - anatomoclínicas,
- uso racional de la sangre,
- uso racional de la alta tecnología diagnóstica,
- atención integral del niño Hospitalizado y
- nivel de desarrollo de la investigación.

El Hospital implantará los acuerdos, recomendaciones, directrices clínicas y asistenciales que con la participación de las Sociedades Científicas y de los Profesionales Sanitarios en general se desarrollan en la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

4.2 Control externo de calidad.

El Hospital garantizará la participación de sus laboratorios en el sistema de control externo de calidad, según los contratos centralizados del Servicio Andaluz de Salud y los adjudicatarios. Todos los equipamientos que realicen determinaciones analíticas, incluidos los que se encuentren fuera del Hospital, deberán estar sometidos a un control externo de calidad.

4.3 Seguridad del paciente

La seguridad de los pacientes deberá ser un elemento central dentro de la política de mejora continua de la calidad. El Hospital, en consonancia con la *Estrategia para la Seguridad del Paciente* aprobada por la Consejería de Salud, impulsará y establecerá las medidas adecuadas para incorporar los objetivos propuestos en cada agrupación de procesos configurada: Estratégicos, Soporte y Operativos.

Vigilancia y control de infecciones nosocomiales. El Hospital mantendrá los sistemas de vigilancia y control de infecciones nosocomiales asegurando el cumplimiento de las medidas básicas contenidas en el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales definido por la DGAS y de otras medidas de control que se acuerden.

El Hospital mantendrá las actividades de promoción continuada de higiene de manos.

El Hospital dentro de los procesos operativos velará por la **Identificación inequívoca de la ciudadanía** que entra en contacto con el centro sanitario.

Especialmente por el adecuado funcionamiento del **sistema de identificación del recién nacido**, garantizando en todos los partos la aplicación de los procedimientos de vinculación madre - hijo establecidos en la Resolución 12, de 10 de Agosto de 1998, de la Dirección Gerencia.

Sistema de Hemovigilancia. Durante el 2008 se promoverá y mantendrá el correcto funcionamiento del sistema de hemovigilancia**,** facilitando y apoyando la comunicación de reacciones y efectos adversos en todos los servicios donde se realizan transfusiones y controlando los riesgos o situaciones anómalas detectadas. El Hospital notificará a través de su responsable hospitalario las reacciones y efectos adversos relacionados con la transfusión al responsable provincial del Sistema.

El Servicio Andaluz de Salud, en el marco de un **Plan de Seguridad Radiológica,** promoverá la evaluación y el uso adecuado de las radiaciones ionizantes.

5 ÁREA DE PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN

5.1 Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

El Hospital ajustará el número de urgencias no ingresadas a lo acordado en el proceso de negociación de este Contrato Programa, limitando el número de ingresos más las derivaciones al 15 % del total de las urgencias atendidas.

Se deberá facilitar desde los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias la citación preferente a las consultas de especialidades que se pacten con la Dirección, en función de la morbilidad atendida**.**

El Hospital dispondrá de un Plan Funcional de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias adecuado a los criterios establecidos por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. El Hospital redactará su propia adaptación del Plan Funcional y lo enviará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria para su aprobación, antes de marzo de 2008.

A través del **Plan Funcional** el Hospital adecuará su actividad asistencial de manera que se cumplan los correspondientes estándares de actividad y calidad.

El Hospital desarrollará acciones coordinadas con Atención Primaria, con los Equipos de Emergencias de la EPES y con otros Hospitales en el ámbito de su provincia, fundamentalmente en aspectos relacionados con el desarrollo de los procesos, la actualización de su Plan de Emergencias Colectivas y Catástrofes Externas y los planes de Alta Frecuentación. Se constituirá un grupo de mejora del Área Hospitalaria, que incluya a los responsables (Dirección) y profesionales del Hospital (Servicio y Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias y 061). Dichos grupos deberán estar constituidos antes del 1 de abril de 2008.

El Hospital implantará los estándares de calidad reseñados en los Planes Integrales.

El Hospital adecuará su actividad asistencial al PLACA (Plan de Ataque Cerebral Agudo), implantando el “Código Ictus”**.**

El Hospital garantizará la ejecución de técnicas de reperfusión (fibrinolisis y angioplastia) en un plazo inferior a 60 minutos en el 90% de los pacientes isquémicos que lo requieran.

El Hospital se adaptará al Plan de Cardiopatía isquémica y Plan de Accidentabilidad.

El Hospital utilizará la red de transporte de críticos y red de transporte urgente según los protocolos establecidos**.**

Las reformas que se planteen en las Áreas de urgencias se adecuarán a los criterios establecidos por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y en la

Guía de Diseño de las Áreas de Urgencias Hospitalarias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

5.2 Trasplante de Órganos y Tejidos

Adicionalmente a los objetivos recogidos en los anexos a este Contrato Programa, el Hospital asegurará el seguimiento actualizado del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes.

El Hospital ampliará el número de pacientes en diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

5.3 Plan andaluz de hemoterapia

El Hospital aplicará la normativa que se desarrolle para adaptar el marco legal de la Red Transfusional Andaluza a la realidad actual de ésta y a la Directiva 2004/33/CE.

El Hospital implantará el Plan estratégico de información e informatización de la Red Transfusional – (Centros de Transfusión y Hospitales) en la medida en que este se desarrolle.

Utilización terapéutica de la sangre y sus componentes. El Hospital adecuará la utilización terapéutica de la sangre y sus componentes a las recomendaciones del Consejo de Europa (Guía para la preparación, uso y control de calidad de los componentes sanguíneos, 13ª Edición), así como al Proceso de Soporte, elaborado por la Consejería de Salud, de Hemoterapia y a la evidencia científica existente en la materia, realizando protocolos para su manejo.

El Hospital junto con el Centro de Transfusión deberá implantar el Proceso de soporte Hemoterapia.

Los Hospitales regionales y de especialidades mantendrán la figura del **responsable de servicio de transfusión hospitalario**, en tanto la gestión de la transfusión permanezca en el Hospital. Este responsable actuará en coordinación con el Centro de Transfusiones.

El Hospital velará por una correcta gestión de su depósito de sangre para que, en coordinación con su centro de transfusión de referencia se garantice la **utilización racional de la sangre**.

El Hospital informará mensualmente a la DGAS las **caducidades internas** de cada producto recibido. La tasa de caducidad de las unidades de sangre se situará en los objetivos recogidos en el anexo correspondiente.

El porcentaje de utilización de hematíes así como de unidades de plasma se ajustará a los objetivos contemplados en los anexos de este Contrato Programa.

El Hospital impulsará o mantendrá en su caso durante 2008 la **acreditación** del servicio de transfusión hospitalario.

El Hospital garantizará el funcionamiento de la Comisión Hospitalaria de Transfusión (Circular 3/90 del Servicio Andaluz de Salud y artículo 40 del Real Decreto 1088/2005).

5.4 Plan de apoyo a la familia

Rehabilitación y fisioterapia

Los Dispositivos de Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria, están constituidos por Salas de tratamiento, y Equipos Móviles para la realización de Atención Domiciliaria siendo los pacientes derivados desde Atención Primaria ó Atención Hospitalaria.

Los Dispositivos Móviles están integrados por Rehabilitadores, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales; y la población diana para recibir tratamiento domiciliario son los pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario. A estos pacientes los dividimos en 2 grupos: Pacientes G1 (pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial y pacientes discapacitados con déficits establecidos que pueden incrementar su capacidad funcional) y pacientes G2 (pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida).

El Hospital debe garantizar que los pacientes en proceso de rehabilitación reciban tratamiento en el lugar más próximo posible a su domicilio y en los plazos más adecuados para el éxito de ese tratamiento, proporcionando, si es preciso, los tratamientos en el propio domicilio del paciente, ampliando al máximo la accesibilidad a los recursos asistenciales.

El funcionamiento y la gestión de los servicios de rehabilitación y la continuidad asistencial con Atención Primaria son un elemento clave para que las salas de Atención Primaria puedan desarrollar una actividad asistencial sostenible y eficiente.

Entre las herramientas de ayuda para gestionar tanto la actividad asistencial de las salas de rehabilitación de Hospitales y Atención Primaria, como los dispositivos móviles, se encuentran la “Guía de procedimiento de rehabilitación y fisioterapia en Atención Primaria”, la “Guía de procedimiento de equipos de rehabilitación y fisioterapia en domicilio” y las “Pautas de actuación conjunta de los Equipos básicos de Atención Primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación”.

La implicación de los servicios de rehabilitación en la implantación de los procesos asistenciales se realizará con especial relevancia en el caso de los procesos EPOC, dolor torácico, ataque cerebrovascular, fractura de cadera y cáncer de mama.

El transporte sanitario individual será posible en todas las salas de Atención Primaria. El transporte sanitario, tanto individual como colectivo, se monitorizará para controlar incidencias en relación con la puntualidad, para disminuir problemas con la planificación de la atención y evitar incomodidades a los pacientes.

La correcta recogida de la información de actividad en el sistema INHIOS se considera imprescindible para el desarrollo de la sección de rehabilitación del cuadro de mandos y el seguimiento de los objetivos específicos definidos para el periodo 2005 – 2008.

Plan de salud bucodental

En el año 2008 el Hospital seguirá prestando atención a las personas con discapacidad según la ampliación del Plan de apoyo a la familia. Para ello junto con el Distrito deberá establecer un acuerdo para garantizar la atención bucodental a aquellas personas con discapacidad que necesitan sedación. En éste Acuerdo constará, al menos:

- Circuito que se llevará a cabo desde el Distrito hasta el Hospital.
- La adscripción al Servicio de Maxilofacial del Hospital de referencia, si lo hubiera y en su defecto al Servicio de Cirugía.
- Elaboración de agenda y constitución del equipo de dentistas que van a participar en la atención a personas con Discapacidad (fundamentalmente formado por aquellos dentistas que pertenecen al Distrito de la misma localidad donde está el Hospital)
- Elaboración de protocolo de seguimiento a los pacientes: Quien, cuando y como. (Mantenimiento y enseñanza de higiene oral para personas con discapacidad y familiares de estos)

Los pacientes serán citados en una agenda en cada Hospital por los dentistas de cabecera, tanto en la consulta de preanestesia como posteriormente en la cita para sedación. A la consulta de anestesia deberán acudir con las pruebas complementarias que se establezcan. Dichas pruebas se realizarán en Atención Primaria.

Los pacientes serán atendidos en el Hospital por los dentistas que se acuerde y que pertenezca, salvo excepciones, al Distrito donde esté ubicado el Hospital donde se atienda a la población. Las altas tras la atención se podrán dar por parte de estos dentistas; o por el personal facultativo de las salas de despertar de los citados Hospitales.

5.5 Reproducción Humana Asistida

La oferta de técnicas de reproducción humana asistida en los centros del Servicio Andaluz de Salud completará su ampliación, para garantizar el acceso de forma más equitativa a este tipo de tratamientos siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía de Reproducción Humana Asistida del Servicio Andaluz de Salud, revisada y actualizada en 2006, ya distribuida y publicada mediante Resolución 2164/07 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Asimismo, este año se iniciará la cumplimentación de un registro unificado en relación con la demanda y actividad de técnicas de reproducción asistida, de forma que permita un seguimiento de cada paciente por el sistema, comprometiéndose el Hospital a su cumplimentación, mantenimiento y actualización. En tanto no se consolide el registro unificado, continúa vigente la Ficha de recogida de datos de Reproducción Humana Asistida, según modelo especificado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

De forma complementaria, y desde enero de 2007, es obligatorio recoger en el sistema de información que recoge las demoras para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Sanitario Público Andaluz, el RDQ, las técnicas de reproducción humana asistida. En ese sentido, se empleará el mismo circuito que el establecido para la indicación quirúrgica, tanto para la indicación de inseminación artificial, (código 69.92), como para la indicación de fertilización in vitro y/o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), para la que se empleará el código correspondiente a la punción (aspiración) de ovario (código 65.91). Ambos códigos han sido habilitados en el mencionado sistema RDQ con este propósito.

Como continuación de las actuaciones de años anteriores, el **estudio básico de esterilidad**, según se define en la mencionada guía, estará disponible en todas las Áreas Hospitalarias, garantizándose la accesibilidad a este servicio al 100% de las parejas demandantes. Asimismo, para aquellas parejas que así lo requieran según indicación facultativa, la **oferta de tratamiento médico**, sin incluir técnicas específicas de reproducción asistida, estará disponible en todas las Áreas Hospitalarias.

En 2008, los Hospitales del anexo correspondiente que ofertan **técnicas básicas de reproducción asistida (inseminación artificial)**, garantizarán un plazo de respuesta de inicio de esta técnica inferior a 6 meses tras su indicación facultativa. En cuanto a las **técnicas avanzadas (FIV/ICSI)**, el Servicio Andaluz de Salud aumentará la oferta territorial existente, y aumentarán su rendimiento los Hospitales con unidades ya existentes (ver anexo correspondiente).

5.6 Plan de Genética

Durante el 2006 se presentó el Plan de Genética de Andalucía, el cual es el instrumento que permitirá una atención de calidad a personas y familias, residentes en nuestra comunidad, con enfermedades de base genética o con

riesgo de padecerlas, mediante la provisión de servicios públicos de genética clínica multidisciplinares, integrales y armonizados, que garanticen la accesibilidad y la equidad en el conjunto del SSPA. Se diseñará la Red de Unidades de Genética, que se articulará adaptándose a las características de cada Hospital, en función del nivel asistencial del centro y la estructura interna de áreas de trabajo.

Los Hospitales del anexo correspondiente irán configurando las unidades de genética clínica y diagnóstico genético prenatal, de acuerdo a la cartera de servicios de cada nivel (básico, regional o de referencia), según se detalla en el mismo anexo.

Los Centros aplicarán sistemáticamente la guía GEN a los nuevos análisis genéticos, tanto a los que se pretendan incorporar a la Cartera de Servicios como a los que se vayan a solicitar a otros Centros ajenos al SAS.

5.7 Atención a pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO)

El Hospital asegurará la coordinación con los Distritos de Atención Primaria para garantizar la descentralización de la atención a pacientes estables con tratamiento anticoagulante oral (TAO), según los criterios establecidos en el documento de Coordinación en el control y seguimiento del paciente con tratamiento anticoagulante oral editado por el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud en 2005.

En el primer semestre de 2008, todos los Hospitales habrán desarrollado la descentralización de pacientes estables con TAO, según los criterios establecidos.

5.8 Laboratorios clínicos y bancos biológicos

- Durante 2008 se aplicará el Plan de Laboratorios Clínicos y Bancos Biológicos.

- Los Hospitales del Organismo continuarán durante **2008** implantando el Proceso de Soporte de Laboratorios Clínicos. En este sentido:

    - Los Hospitales del nivel 3 y 4 que no lo hubieran hecho comenzarán a implantar el Proceso, junto con los Distritos de referencia, antes de finalizar el año.

    - Los Hospitales de nivel 1 y 2 que no lo hubieran hecho, junto con los Distritos de referencia, desarrollarán las actuaciones necesarias durante 2008 para facilitar la implantación del Proceso.

Los Hospitales desarrollarán durante 2008, un cuadro de mando de Laboratorios Clínicos, que incorpore indicadores relativos a su cartera de servicios, URVs, gasto en fungible, etc.

Durante el año de referencia de este Contrato Programa, los Hospitales iniciarán y/o consolidarán mejoras en las áreas de toma de muestras, relativas al confort de las instalaciones, aplicación de la oferta horaria, etc.

6 ÁREA DE PLANES INTEGRALES DE SALUD

6.1 Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

En el ámbito de la salud mental, el Hospital desarrollará prioritariamente las siguientes líneas de actuación:

- Ordenación de la demanda.
- Mejora de la atención a pacientes con trastorno mental grave.
- Mejora de la calidad asistencial en las Unidades de Salud Mental
- Mejora de la atención a niños y adolescentes.
- Informatización de los servicios de salud mental.

Ordenación de la demanda

El Hospital establecerá un plan de calidad junto con los dispositivos de Atención Primaria que fomente la coordinación interniveles. Se mantendrá la capacidad de resolución de los Equipos de Salud Mental Comunitarios. Se pactará con Atención Primaria el número de primeras consultas que oferta Salud Mental, para éstas, que será el mismo número de primeras consultas que el año anterior.

El Hospital deberá asegurar la personalización de los cuidados mediante la asignación de una enfermera de referencia en las Unidades de Hospitalización y las Comunidades Terapéuticas y mediante una enfermera referente en aquellos dispositivos (ESMD, USMI-J, URA y HD) con más de una enfermera adscrita.

Seguirá desarrollándose la implantación de los procesos asistenciales “Ansiedad, Depresión y Somatizaciones” y “Trastorno de la Conducta Alimentaria”, y comenzará la implantación del proceso "Trastorno Mental Grave" como elementos favorecedores de la coordinación entre niveles.

Mejora de la Atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave

El Hospital garantizará que todo paciente con Trastorno Mental Grave (TMG) disponga de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), un responsable del Plan y un referente personal que garantice la ejecución de las actividades y el seguimiento del paciente.

El hospital garantizará que a cada paciente con TMG se le realicen, al menos, 7 consultas programadas al año y que las consultas domiciliarias a dichos pacientes se mantenga, como mínimo, en los niveles del año anterior.

En cada Área / UGC de salud mental la Comisión de TMG se reunirá al menos 10 veces al año, con inclusión de profesionales de Salud Mental, Atención Primaria y FAISEM.

Calidad asistencial en la Unidades de Salud Mental

El Hospital garantizará que los distintos Equipos de Salud Mental remitan a las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, en el plazo de 48 horas, informes de ingreso y de continuidad de cuidados de aquellos de sus pacientes que sean ingresados en la misma.

Se fomentará un clima terapéutico adecuado mediante distintos programas con implicación tanto de facultativos como de personal de enfermería. La contención mecánica se aplicará según el protocolo establecido.

El Hospital se ajustará al estándar establecido en el porcentaje de reingreso y a la estancia media para los pacientes con GDR 430.

Atención a los niños y adolescentes

El Hospital fomentará la coordinación y cooperación de los profesionales referentes de la atención infantil de los Equipos de Salud Mental con los pediatras de Atención Primaria y con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia.

El Hospital mantendrá una demora máxima para la primera consulta en USMIJ igual o inferior a 30 días y un número de consultas facultativo / día igual o superior a 7 consultas.

Informatización de los servicios de salud mental

Se completará la dotación informática de los Equipos de Salud Mental de cada Hospital de referencia para su entrada en la historia de salud digital (Diraya).

6.2 Plan Integral de Oncología

Para el periodo 2005–2008 los objetivos en esta área serán los siguientes:

– Los Hospitales que se determinen desde la DGAS, crearán, pondrán en marcha o consolidarán, en su caso, un banco de tumores que se integrará en la Red de Banco de Tumores y líneas celulares de Andalucía.

– Los Hospitales ordenaran la atención al paciente oncológico mediante unidades funcionales, al menos para los tumores de mama, pulmón, colon y recto (digestivos), próstata (urológicos) y ginecológicos.

– Los Hospitales de tercer nivel de complejidad que se determinen por la Dirección General de Asistencia Sanitaria desarrollarán un Programa de Cáncer interno, de acuerdo con las recomendaciones que se emitan desde el Plan.

– Los Hospitales asegurarán el funcionamiento de las Comisiones Centrales de Tumores de acuerdo al Plan Oncológico.

- Los Hospitales tendrán organizada la administración de tratamientos citostáticos mediante unidades específicas en los Servicios de Farmacia.

- Los Hospitales comarcales contarán con una unidad para tratamiento de pacientes oncológicos con dependencia funcional de los Hospitales de referencia.

- Durante este periodo se completarán los Equipos de soporte de cuidados paliativos en los Hospitales definidos en el Plan Integral de Oncología.

- El Hospital asegurará la coordinación con los Distritos de Atención primaria y facilitará la existencia de circuitos ágiles que permitan conocer la situación de las mujeres que han sido derivadas al Hospital para completar estudio o iniciar tratamiento, procedentes del Programa de detección Precoz del Cáncer de Mama.

- Los servicios y unidades relacionados con la atención al paciente con cáncer incorporarán el Código de Buenas Prácticas en Comunicación en sus estrategias de trabajo.

- Los Hospitales ofertarán en su cartera de servicios la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGS) a las mujeres candidatas a tratamiento quirúrgico que cumplan los requisitos, según programa desarrollado por el PIOA.

- Los Hospitales ofertarán el abordaje tanto de los aspectos preventivos como terapéuticos del linfedema en mujeres afectadas de cáncer de mama, siguiendo las recomendaciones establecidas en subproceso.

- Los Hospitales acometerán las medidas organizativas necesarias para el abordaje de la detección precoz del cáncer de cérvix según lo establecido en el Plan Integral.

En el año 2008:

- Se crearán dos Unidades Funcionales de acuerdo al PIOA en todos los Hospitales que tratan pacientes oncológicos. Una de ellas deberá estar dedicada al cáncer de mama.

- En los Hospitales que tengan unidad de citostáticos centralizada, la comunicación entre esta y el servicio prescriptor deberá realizarse en el formato diseñado a tal efecto por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones.

- Los Hospitales de Linares y La Axarquía incorporarán a su cartera de servicios la administración de tratamiento citostáticos de toxicidad baja y moderada.

- El Hospital de Riotinto se dotará de equipos de soporte de pacientes en situación paliativa.

- Los Hospitales se coordinarán con Atención Primaria para establecer los protocolos y circuitos necesarios para que la extracción de la analítica previa al tratamiento quimioterápico se realice desde Atención Primaria y se valoren los resultados en el HDM antes de la consulta para la administración del tratamiento.

- A lo largo de 2008, el Hospital deberá garantizar que se mecanice en la aplicación informática específica el 100% de la información generada por las mujeres derivadas por el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

- A lo largo del 2008, todos los Hospitales ofertarán la biopsia selectiva del ganglio centinela a las mujeres que vayan a ser intervenidas de cáncer de mama y cumplan los requisitos necesarios para beneficiarse de dicha técnica.

- A lo largo del 2008, todos los Hospitales que no tienen servicio de medicina nuclear, se coordinaran con su Hospital de referencia para implantar o consolidar la oferta de biopsia selectiva del ganglio centinela.

- A lo largo del 2008, todos los Hospitales establecerán las medidas necesarias para el abordaje del linfedema en la mujer con cáncer de mama.

- A lo largo del 2008, todos los Hospitales establecerán las medidas necesarias para el abordaje de la detección precoz del cáncer de cérvix.

- A lo largo del 2008, se implantarán los procesos asistenciales integrados cáncer de pulmón y cáncer colorrectal.

- Las Unidades de Gestión Clínica incorporarán objetivos que se especifican en el PIOA.

6.3 Plan Integral de Diabetes

Los Hospitales continuarán durante este periodo la implantación del Plan Integral de Diabetes.

En el marco del Plan se contempla la atención en **Hospital de Día** como línea de acción para potenciar la red andaluza del citado Plan. Se fomentará que en los centros hospitalarios sea ofertada la atención en el ámbito del Hospital de Día para los pacientes con diabetes con las características referidas en el anexo correspondiente de este Contrato Programa.

En el marco de las líneas de acción del Plan Integral de Diabetes, los Hospitales regionales y Hospitales de especialidades consolidarán a lo largo del 2008, los **modelos de coordinación** con los Hospitales comarcales con el fin de organizar la atención a las personas con diabetes, según las directrices que se marquen desde la DGAS. En el anexo mencionado se señalan algunas de las situaciones en que esta coordinación se hace necesaria.

En el marco de las líneas de acción del Plan Integral de Diabetes, los Hospitales se coordinarán con Atención Primaria para la puesta en marcha y

desarrollo del programa de **Detección precoz de la retinopatía diabética**, poniendo los medios necesarios para garantizar la confirmación diagnostica y el oportuno tratamiento de los casos que lo requieran.

En el marco de las líneas de acción del Plan de Diabetes, en los Hospitales se facilitará la formación de profesionales sanitarios en **Educación Diabetológica** y se pondrán los medios necesarios para el desarrollo de esta actividad de forma estructurada y sistematizada dirigida a la población con diabetes atendida.

Los Hospitales mantendrán una línea de comunicación con las **asociaciones de pacientes** dirigida a suministrar a las mismas información periódica sobre los avances producidos en la implantación del Plan.

6.4 Plan Integral de Cardiopatías

Prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares

Dada la alta prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades cardiovasculares en Andalucía, se considera fundamental dar carácter prioritario al abordaje de este problema, donde Atención Primaria tiene un papel clave, pero también los Servicios y UGC hospitalarios, siendo fundamental el trabajo conjunto de todos los niveles asistenciales para evitar duplicidades y potenciar las actuaciones ya desarrolladas en otro nivel. Es por ello fundamental priorizar la implantación del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular y asegurar una adecuada formación de los profesionales médicos y enfermeras en el Proceso Riesgo Vascular.

Dado que existe acuerdo en que el mayor beneficio se logra mediante actuaciones en los grupos con mayor Riesgo Vascular, es fundamental lograr una correcta evaluación del Riesgo Vascular mediante la metodología adecuada prevista en el Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular en aquellos pacientes en los que exista al menos 1 factor de riesgo vascular mayor. Aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados previamente de alguna enfermedad cardiovascular, deben considerarse como de Riesgo CV Alto o Muy Alto, debiendo hacerse constar en la historia clínica. Asimismo, deben desarrollarse las actuaciones preventivas (ejercicio, dietéticas, etc.) y/o de tratamiento previstas en el proceso Riesgo Vascular.

Gestión del Proceso Asistencial Integrado Dolor Torácico

Las enfermedades coronarias continúan siendo la principal causa de mortalidad en Andalucía, y entre ellas, el Infarto Agudo de Miocardio con elevación de ST (IAMCEST), existiendo evidencia científica de los excelentes resultados en términos de reducción de mortalidad de la reperfusión precoz. Es por ello que se deben priorizar las actuaciones que permitan disminuir los tiempos de atención en cualquier nivel asistencial del SSPA, así como desarrollar estrategias locales que permitan el acceso más precoz posible a un método de reperfusión miocárdica (fibrinolisis o angioplastia primaria) al máximo numero de personas que sufren un IAMCEST, teniendo en cuenta las especiales

características geográficas locales, las distancias a los Hospitales de referencia, la disponibilidad de equipamientos y de personal especializado, etc.

Por otro lado, al igual que ocurre en otros países, existe un incremento progresivo de pacientes atendidos en el SSPA con Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (SCASEST) y, aunque en este grupo de enfermos no existe la necesidad de una reperfusión inmediata, si que existe evidencia científica de la necesidad de realizar tratamientos más agresivos (tratamientos antiagregantes potentes y técnicas de reperfusión) en aquellos pacientes de mas riesgo, por lo que existe acuerdo en la necesidad de catalogar a los enfermos con SCASEST de acuerdo a niveles de gravedad como paso fundamental para la toma de decisiones terapéuticas.

Evaluación de la calidad de la atención

La evaluación de la calidad de la atención es un aspecto fundamental de la práctica clínica, pero aún mayor si cabe, en determinadas áreas de la atención cardiológica, tales como la actividad de la Unidades de Hemodinámica y de Electrofisiología, así como de la atención del síndrome coronario agudo (SCA) y la cirugía cardiovascular de adultos y niños. Se espera de las mencionadas unidades asistenciales el mantenimiento de una estrecha vigilancia de su calidad asistencial, y en orden a llevarla a cabo, debe desarrollarse mientras se desarrollan los correspondientes módulos en la historia digital de salud, un sistema de registro de todos los procedimientos y técnicas realizados junto con un listado de los acontecimientos adversos mayores que hayan ocurrido. Los resultados deben ser analizados con regularidad, debiendo tener acceso a dichos resultados personas autorizadas del Servicio Andaluz de Salud, bien sea mediante informes periódicos de actividad o mediante auditorias internas o externas de la documentación registrada.

Deben participar en este sistema de calidad, todas las unidades, secciones o servicios de Hemodinámica, Electrofisiología, Cirugía CV de adultos y pediátricos y Servicios de CCyU del SSPA.

A lo largo del 2008, el Hospital organizará la atención con el nivel de complejidad que le corresponda y según modelo propuesto por el Plan Integral en las siguientes áreas: Reperfusión precoz, Rehabilitación cardiaca y Cirugía cardiaca infantil.

A lo largo del 2008, todos los hospitales de los grupos 3 y 4, junto con sus correspondientes Distritos de A. Primaria, desarrollarán el programa de **Prevención Secundaria** y **Rehabilitación Cardiaca** según lo establecido por el Plan Integral de Cardiopatías.

6.5 Plan Integral de Tabaquismo

El hábito tabáquico es causa, de forma directa, de múltiples enfermedades, y acelera, de forma directa o indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. El Hospital brinda a los pacientes y familiares una buena oportunidad para abordar este problema de salud. El Hospital debe

garantizar la atención a los pacientes ingresados y sus familiares, según los criterios establecidos en el Plan Integral, el adecuado registro del hábito tabáquico en todas las historias clínicas, la formación de los profesionales y la coordinación con Atención Primaria para asegurar la continuidad en la atención de todas las personas fumadoras.

6.6 Plan Integral de Accidentalidad

Los Hospitales irán organizando la atención sanitaria a las víctimas y personas lesionadas en accidentes de acuerdo con las líneas establecidas en el Plan Integral de Accidentalidad.
Dicha atención se basa fundamentalmente en: Implantación del Proceso Asistencial Integrado Trauma Grave, desarrollo de la Rehabilitación Integral y adecuación de recursos materiales, humanos y tecnológicos.

6.7 Plan Integral de Obesidad Infantil

El Hospital adoptará las medidas necesarias para desarrollar las líneas contenidas en el Plan Integral en los aspectos de detección precoz, despistaje de otras patologías, tratamiento y seguimiento. Tendrá que cuidarse especialmente la comunicación evitando comentarios negativos y culpabilizadores y analizando creencias de los profesionales que puedan interferir en un adecuado enfoque del problema.

6.8 Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008 - 2012

Durante 2008 el Hospital comenzará la implantación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008 - 2012 en todos aquellos contenidos que le competen.

Durante el año 2008 será prioritario completar la implementación del Proceso de Cuidados Paliativos. Para ello se asegurará la oferta formativa de los profesionales del Hospital, particularmente mediante rotaciones por las Unidades y Equipos de soporte de Cuidados Paliativos. En los hospitales en los que sea viable (desarrollo de Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de referencia) deberá estar incorporado el flujo de pacientes establecido en el proceso, especialmente en cuanto a la constitución de los Comités decisorios y el papel de las enfermeras de enlace para el manejo domiciliario del paciente terminal.

7 PRESTACIONES CONCERTADAS

La actividad asistencial que el Hospital presta a través de contratos externos o convenios se orientará a la optimización de los recursos propios y se ajustará a los objetivos que se establezcan. Deberán aplicarse los protocolos y guías clínicas existentes y se elaborarán otros que se consideren necesarios. Además se realizará el seguimiento y control de la actividad y calidad del servicio y del gasto generado.

7.1 Prestación ortoprotésica

- El Hospital adoptará las medidas necesarias para que la prescripción de estos productos sea la adecuada y se ajuste y no supere el presupuesto que se fije anualmente en los anexos de los Contratos Programa.
- El Hospital promoverá la adecuación de las prescripciones a los protocolos que, para determinados productos, se establezcan.
- El Hospital adoptará las medidas necesarias para que el visado de aquellas prescripciones que lo requieran, se realice con arreglo a los requisitos establecidos.
- El Hospital enviará a la Subdirección de Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Andaluz de Salud los datos de prescripción y facturación de esta prestación, con periodicidad mensual, mediante los ficheros establecidos al efecto.

7.2 Terapias respiratorias domiciliarias

- El Hospital promoverá la adecuación de las prescripciones a los protocolos que, para la oxigenoterapia convencional, están establecidos (circulares Servicio Andaluz de Salud 6/1997 y 2/1998). Asimismo, garantizará que se realicen las correspondientes revisiones de los pacientes en tratamiento (indicación y cumplimiento del tratamiento).
- El Hospital adoptará las medidas necesarias para que las prescripciones de terapias de presión positiva continua en la vía aérea (C.P.A.P.) y de ventilación con presión positiva binivel espontánea o controlada (B.I.P.A.P.), se adecuen a los protocolos que al efecto se establezcan y, en todo caso, cuenten con el estudio polisomnográfico y/o poligráfico correspondiente.
- El Hospital adoptará las medidas necesarias para adecuar las prescripciones a la prevalencia de estas terapias que se fijan en los anexos del Contrato Programa.
- El Hospital adoptará las medidas necesarias para comprobar que la empresa concertada cumple las condiciones fijadas en el pliego de prescripciones técnicas del contrato.

7.3 Transporte sanitario

- El Hospital se ajustará al presupuesto fijado anualmente en el Contrato Programa.

- El Hospital adecuará las prescripciones de traslados a la capacidad del servicio contratado, adoptando las medidas organizativas que faciliten la agrupación de pacientes en rutas y el uso más eficiente de los recursos.
- El Hospital mantendrá el dispositivo definido para traslados urgentes.

8 ÁREA DE PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Es un objetivo básico y prioritario de la organización el uso racional del medicamento. Para ello, se pondrán en marcha todas las medidas necesarias que tiendan a conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes y lograr, de esta forma, que al final de 2008 el gasto por habitante del Servicio Andaluz de Salud sea el más bajo del Sistema Nacional de Salud.

El Hospital se corresponsabilizará con el objetivo de gasto farmacéutico de los Distritos Sanitarios que lo tengan de referencia a través de un indicador de gasto farmacéutico del área y que se establecerá anualmente en los Anexos del contrato programa.

El Hospital cumplirá el objetivo sobre prescripción “por principio activo” que se fije anualmente en los Anexos de los Contratos Programa. Para ello, además de realizar las actuaciones que se estimen convenientes, facilitará periódicamente a los facultativos la información sobre el indicador establecido para dicho concepto y su evolución.

El Hospital se ajustará a los objetivos sobre consumo farmacéutico de pacientes ingresados y no ingresados que, como máximo, se fijen anualmente en los anexos del Contrato Programa.

Para conseguir estos objetivos se llevarán a cabo, al menos, las siguientes actuaciones de Uso Racional de Medicamentos:

– El Hospital desarrollará y llevará a cabo las actuaciones y estrategias que, para la consecución de los objetivos previstos en la prescripción de medicamentos a través de receta, haya incluido en su Plan para el Uso Racional del Medicamento prescrito a través de recetas.

– Aquellos Hospitales que tengan informatizadas las consultas externas e implantada la aplicación informática Diraya realizarán el 100% de las prescripciones mediante el módulo de prescripción de dicha aplicación, preferentemente a través de Receta XXI cuando ésta esté disponible.

– El Hospital dotará a sus botiquines de los medicamentos necesarios para garantizar la adecuada atención del paciente urgente. Dichos medicamentos podrán ser entregados al paciente en la cantidad que estime necesaria para atender a la situación de urgencia.

– En aquellas situaciones en las que se requiera prescribir fármacos para un tiempo más prolongado, el facultativo, conforme a lo establecido en la Circular 6/96, emitirá la correspondiente receta oficial del Servicio Andaluz de Salud. Aquellos Hospitales que tengan informatizadas las urgencias e implantada la aplicación informática Diraya realizarán el 100% de las prescripciones mediante el módulo de prescripción de dicha aplicación, preferentemente a través de Receta XXI cuando ésta esté disponible.

– El Hospital llevará a cabo reuniones periódicas con los servicios médicos para explicar los objetivos y actuaciones contenidas en el Contrato Programa referentes al capítulo de farmacia, haciendo especial hincapié en todo lo relacionado con las prescripciones a través de receta médica, con la participación directa de la Dirección Gerencia del centro. Cada Hospital, levantará acta de estas reuniones y cumplimentará el documento establecido al efecto que será remitido mensualmente al Servicio de Suministros Farmacéuticos.

– El Hospital promoverá la no-prescripción de novedades terapéuticas calificadas como de "insuficiente experiencia clínica" o "no aporta ninguna ventaja sobre las ya existentes". Para ello, facilitarán a los facultativos información sobre la evolución del indicador por dicho concepto y los listados de estos medicamentos. Asimismo, difundirá entre los facultativos la información que avala estas calificaciones, en especial la Ficha de Novedades Terapéuticas y los informes al respecto, elaborados por CADIME con la colaboración del Grupo Multidisciplinar de Expertos en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud.

– El Hospital impulsará entre sus facultativos que las prescripciones realizadas a través de recetas se adecuen a los medicamentos seleccionados como de elección en los indicadores establecidos anualmente en los anexos de los contratos programa. Estos indicadores se elaboran con la colaboración de Grupo Multidisciplinar de Expertos en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud. El Hospital facilitará a los facultativos información sobre la evolución de dichos indicadores.

– Las adquisiciones de medicamentos se adecuarán, estrictamente, a las directrices y procedimientos establecidos en la Resolución 14/1997, de 8 de Julio, del Servicio Andaluz de Salud.

– El Hospital promoverá que la selección de medicamentos por parte de la comisión de farmacia y terapéutica se adecue a criterios de evidencia científica y eficiencia económica. Para ello realizará, al menos, las siguientes actuaciones:

- La comisión de farmacia y terapéutica seguirá estrictamente la metodología de la Guía para la Inclusión de Fármacos (GINF) para que la **inclusión de medicamentos** se adecue a la evidencia disponible y se tengan en cuenta factores económicos como impacto de la inclusión del medicamento tanto en el presupuesto hospitalario como en el del Área. A este fin, cada vez que se estudie la inclusión de un medicamento en guía, el Hospital anexará al acta de la comisión de farmacia el informe GINF en que se basa la decisión de inclusión o no en guía de dicho medicamento.

- Tendrá en cuenta las recomendaciones que sobre inclusión de medicamentos se realicen en la Guía Farmacoterapéutica de Referencia.

- El Hospital establecerá una estrategia de selección y utilización de “equivalentes terapéuticos” en aquellos medicamentos susceptibles de ello.
- Promoverá la no-inclusión y, en su caso, la eliminación de los medicamentos calificados como de valor intrínseco no elevado (VINE), en la guía farmacoterapéutica del centro.

– El Hospital adecuará sus instalaciones y procedimientos para la preparación de medicamentos a lo establecido en el Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero (BOE nº 65, de 16 de Marzo), por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales, así como a la normativa que se publique para el desarrollo de este Real Decreto.

– El Hospital reorganizará e implantará unidades centralizadas de Mezclas IV, y en especial las Unidades Centralizadas de Preparación de Citostáticos. A través de ellas, impulsarán el establecimiento de protocolos terapéuticos estandarizados y consensuados y promoverán la adecuación de las prescripciones a los mismos. Las indicaciones para las que se utilicen los medicamentos incluidos en lo protocolos deberán estar autorizadas por el ministerio de sanidad y consumo.

– El Hospital realizará un **seguimiento y evaluación permanente de la utilización** de los medicamentos dispensados en el centro, impulsando la difusión activa de los resultados.

– El Hospital adoptará las medidas necesarias para el correcto cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 2/2005 del Servicio Andaluz de Salud de "Creación de las Comisiones Asesoras para el Uso Racional de los Medicamentos utilizados en la artritis reumatoidea en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud".

– El Hospital ordenará los medios necesarios para garantizar **el uso racional de los medicamentos que dispensa a pacientes ambulatorios**, llevando a cabo un riguroso seguimiento de dichos pacientes, especialmente en aquellos tratamientos que, por sus características, requieran de un especial control.

– El Hospital seguirá adoptando las medidas necesarias para el correcto cumplimiento de la circular del Servicio Andaluz de Salud relativa a la **descentralización de la dispensación a pacientes externos** desde el servicio de farmacia del Hospital al que está adscrito el médico que instaura el tratamiento hasta el servicio de farmacia del Hospital que el paciente haya elegido.

– El Hospital dedicará especial atención a la **optimización y explotación de sus sistemas de información** sobre medicamentos a fin de garantizar a sus equipos y profesionales una información de retorno periódica y continuada sobre el resultado de sus prescripciones, tanto las que resultan en una dispensación en el Hospital como las realizadas a pacientes externos a través de receta.

– El Hospital llevará a cabo la **mecanización informática de la totalidad de las recetas asignadas** a sus facultativos a través del modulo de gestión de talonarios de la aplicación Farma.

– El Hospital proporcionará, a través de la web, la información mensual que se recoge en el anexo denominado "Prestación farmacéutica en instituciones hospitalarias".

– Con el fin de establecer un sistema de información homogéneo sobre adquisiciones y consumos de medicamentos en todo el Servicio Andaluz de Salud, el Hospital adaptará sus programas informáticos de gestión de medicamentos a los requerimientos que el Servicio Andaluz de Salud determine.

– El Hospital promoverá que los profesionales sanitarios comuniquen de inmediato al Centro Andaluz de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas causadas por los medicamentos de las que tengan conocimiento. Las notificaciones se realizarán a través de la cumplimentación de la "Tarjeta amarilla".

9 ÁREA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN

La investigación es un producto de alta relevancia dentro de la estructura del SSPA, que se dirige a sectores de público muy concretos -estudiantes, comunidad científica-, y con unas necesidades específicas que se deben cuidar especialmente, teniendo en cuenta las implicaciones y la incidencia de su labor en los avances y en la calidad de los servicios de salud, y el componente motivador que supone para los profesionales

El Servicio Andaluz de Salud, como organismo responsable del desarrollo y mejora en la oferta de servicios de sus profesionales, debe desarrollar programas y áreas de formación, investigación y producción científica.

El Hospital aplicará las actuaciones que se deriven de la definición y desarrollo de los contenidos de intervención de la DGAS, en el marco del Plan de Investigación de la Consejería de Salud

El Hospital durante el periodo 2005-2008 fomentará la investigación para el desarrollo, mejora y evaluación de la efectividad de los cuidados, así como para el desarrollo, mejora y evaluación de la efectividad clínica.

En el primer semestre de 2008 los Comités Locales de Ensayos Clínicos de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud habrán incorporado en su actividad el protocolo específico de seguimiento de los ensayos clínicos aprobados.

En el primer trimestre del 2008, los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud habrán adecuado todos los contratos de ensayos clínicos al modelo único aprobado por la Consejería de Salud.

En 2008 se habrá pivotado el modelo económico de ensayos clínicos a los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud que éste decida.

Durante el 2008, el Servicio Andaluz de Salud habrá realizado en todos sus centros un Plan estratégico de investigación, que incluirá un análisis de la situación actual, las línea priorizadas, las alianzas internas y externas y los cambios organizativos que se contemplen.

En 2008, el Hospital habrá aumentado el número y la calidad de los proyectos de investigación realizados, sobre la base de los siguientes indicadores:

- **Número de proyectos solicitados en la convocatoria anual de la Consejería de Salud**

- **% de proyectos presentados con la calificación de: Aceptable, Bueno, Excelente.**

- **Número de proyectos solicitados a otras convocatorias nacionales**

- **% de proyectos financiados a otras convocatorias nacionales**

Asimismo, aumentará la calidad y cantidad de su producción científica internacional, medidas en base a:

- **Impacto bibliométrico: Número de documentos recogidos en el SCI en el que intervenga algún autor de las instituciones del Servicio Andaluz de Salud.**

- **Factor de Impacto Relativo.**

El Hospital mantendrá informada anualmente a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre los proyectos de investigación activos, así como sobre los proyectos solicitados a y concedidos por Agencias financiadoras, de acuerdo con la información contenida en anexo, así como la que sea recabada a lo largo de la vigencia de este Contrato Programa.

10 ÁREA DE DOCENCIA Y FORMACIÓN

FORMACIÓN CONTINUADA

El Proyecto 9 sobre PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL del II PLAN DE CALIDAD, establece entre otros aspectos la necesidad de establecer planes de Desarrollo Profesional ligados a planes de formación continuada de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, por lo tanto del Servicio Andaluz de Salud. Por otro lado plantea la necesidad de desarrollar/implementar acciones formativas con criterios de adecuación y pertinencia y por último establece la necesidad evaluar el impacto del aprendizaje a través del desarrollo de metodologías específicas.

Todo esto debido a que la gestión de la formación continuada es considerada como factor clave en el Desarrollo Profesional, tal como lo determinan las leyes básicas del Sistema Nacional de Salud y en particular el Estatuto Marco, que configura la formación como un derecho y un deber de los profesionales y así se reconoce en el Acuerdo de 16 de mayo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de políticas de personal para el periodo 2006-2008.

La formación continuada por tanto, al adquirir la condición de derecho, se convierte a la vez en una obligación del profesional y se debe concretar en los planes de desarrollo individualizados que se diseña a partir de las necesidades detectadas en la Evaluación del Desempeño Profesional, las necesidades derivadas del modelo de Acreditación del SSPA y las derivadas del Modelo de Carrera Profesional del SAS.

La formación continuada, como instrumento para el desarrollo profesional, debe guardar una estrecha relación con la evaluación de competencias, todo ello enmarcado y orientado prioritariamente a las siguientes áreas formativas:

- La gestión por competencias,
- la gestión por procesos asistenciales,
- la atención al cliente,
- la gestión clínica,
- los planes de cuidados de enfermería,
- el uso racional de medios diagnósticos,
- las infecciones nosocomiales,
- el uso racional del medicamento y medios tecnológicos y terapéuticos,
- los sistemas de información,
- la gestión de compras,
- la prevención de riesgos laborales.

Las actividades de formación para la mejora de los cuidados enfermeros se orientarán prioritariamente a las áreas de “Metodología Enfermera”, “Organización de los Servicios Enfermeros: Personalización” y “La Ética y los Valores del cuidado” y “Aspectos relacionados con la comunicación”. Se

desarrollarán actividades de formación conjuntas con los profesionales de Atención Primaria fundamentalmente en Continuidad de Cuidados.

Se dará una especial relevancia a la necesidad de acreditar las actividades formativas realizadas en el Centro según el procedimiento establecido en el DECRETO 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y cuyos objetivos nacen de las necesidades siguientes:

- Mejorar la calidad de la formación continuada sanitaria, contribuyendo a mantener y aumentar las competencias de los profesionales sanitarios.

- Adecuar la formación continuada sanitaria a las necesidades de salud de los andaluces y al desarrollo tecnológico, científico y de organización, eficaz y eficiente, del sistema sanitario y sus profesionales.

- Garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias a través de la formación continuada, herramienta fundamental de la política de gestión de personas y fórmula de garantía de eficacia de cualquier proceso de transformación y cambio.

FORMACIÓN POSTGRADUADA

En el ámbito de la formación postgraduada, el Hospital potenciará actividades de formación continuada dirigidas a la adquisición de las competencias de los tutores de especialistas sanitarios en formación del SSPA, definidas en la Instrucción nº 1/05, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud.

Comisiones de Docencia y Asesoras de formación postgraduada:

Siguiendo la Instrucción nº 1/05 de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, sobre el sistema de **autorización de los tutores de los especialistas en formación en el SSPA**., las Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras realizarán el proceso de autorización de los tutores.

Las Direcciones Gerencia de Hospital nombrarán a los tutores tras realizarse el proceso de autorización.

Desde las Comisiones se **potenciarán la acreditación docente en especialidades deficitarias** en formación, según el estudio de necesidades de formación postgraduada de la DGAS.

Estos procesos de acreditación deberán tener el informe favorable de la Comisión y el de la Dirección Gerencia del Hospital. Las solicitudes de acreditación se dirigirán a la DGAS, para su evaluación y tramitación oportuna.

11 GESTIÓN AMBIENTAL

Como culminación del objetivo (2004-2008) de implantación del Sistema Integral de Gestión Ambiental del SAS, a lo largo de 2008, el alcance de la certificación del SIGA SAS incluirá a la totalidad de centros dependientes del Organismo.

Siguiendo con la línea marcada en años anteriores todas las contrataciones de prestación de obras y servicios, tanto en actividades asistenciales como de soporte, han de incluir cláusulas tendentes a la asunción del adjudicatario de la titularidad de los residuos generados en la prestación del mismo. Igualmente los Pliegos de Prescripciones Técnicas han de incluir cláusulas tendentes a la minimización del impacto ambiental inherente a la prestación del servicio (consumo de agua, energía, vertidos contaminantes, etc.).

En 2008, como medida de corresponsabilización en la gestión de residuos, los centros asumirán el gasto del excedente de producción según los criterios que oportunamente se determinen por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

A lo largo de 2008, todos los centros hospitalarios tendrán implantados sistemas de recogida selectiva de residuos asimilables a urbanos susceptibles de reutilización, valorización y/o reciclaje (papel, cartón, madera, briks, envases ligeros, plásticos, etc.) según la línea de trabajo desarrollada por la DGAS para facilitar este objetivo.

Siguiendo con la política de reducción en el consumo de recursos naturales, salvo compromisos previos que lo imposibiliten, el 35 % del total del papel consumido en el centro durante 2008 deberá ser de reciclado, preferentemente con procesos de blanqueado libres de cloro total o parcialmente (E.C.F. o T.C.F).

En consonancia con las directrices emanadas de la UE todos los centros incluirán medidas tendentes a la desaparición del uso del mercurio en los aparatos médicos de medición. A lo largo de 2008, al menos el 25% de los centros han de tener sustituidos los principales aparatos de medida (tensiómetros y termómetros) por otros de tecnología carente de este tóxico.

Como línea de acción tendente a la disminución de emisiones procedentes de vehículos, los centros articularán medidas al objeto de facilitar, especialmente a los trabajadores de los mismos, el acceso a los mismos potenciando el uso de transportes públicos y vehículos compartidos. Estas medidas han de ser evaluadas periódicamente.

12 ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El Decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, le atribuye a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud las competencias necesarias para el continuo desarrollo de un marco organizativo y normativo a través de la definición y desarrollo de nuevas políticas de recursos humanos que permitan el desarrollo de las competencias de nuestros profesionales, con el objetivo último de propiciar la mejor atención sanitaria a los usuarios de nuestro Sistema, entendiendo que el pilar fundamental en que se basa la mejora continua, es el inmenso potencial que poseen las personas que trabajan en esta Organización.

La firma del Acuerdo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de Política de Personal para el periodo 2006-2008, firmado por unanimidad con todas las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, y su posterior ratificación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y publicación en el BOJA el 31 de julio, supone un nuevo marco que está permitiendo el desarrollo de nuevas líneas de políticas de personal esenciales para la Organización como el Modelo de Carrera Profesional, cuya finalidad básica es la búsqueda del reconocimiento del profesional del Servicio Andaluz de Salud mediante la evaluación y acreditación de sus competencias, de los resultados asistenciales que consigue, de la evaluación de su desempeño profesional y de otros méritos relacionados con la formación continuada acreditada, la docencia, la investigación y el compromiso con la organización.

Por otro lado el nuevo modelo de reordenación de la atención urgente tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como en el de la Atención Especializada que permite la adecuación de nuestros profesionales a lo regulado en el Estatuto Marco sobre tiempos de trabajo y régimen de descansos de los trabajadores entre jornadas de trabajo a la vez que facilita y mejora la conciliación de la vida familiar y laboral de nuestros profesionales, modelo innovador y sin precedentes en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, mediante la publicación de la Resolución 2215/07 de 20 de Agosto de la Dirección Gerencia, se apuesta por la unificación de los incentivos económicos ligados a la consecución de resultados en las Unidades de Gestión Clínica, con los incentivos procedentes del Modelo de Complemento al Rendimiento Profesional, sin renunciar a seguir recompensando el especial esfuerzo y desempeño individual de nuestros profesionales, manteniendo diferencias retributivas según el grado de dificultad de los objetivos definidos en función de la constitución o no del grupo de profesionales como Unidad de Gestión Clínica.

De manera que hacemos una invitación a seguir trabajando como cada año con la intención de mejorar el grado de implicación de nuestros profesionales, a través de su desarrollo profesional, que permita a su vez garantizar la mejor asistencia sanitaria, orientada al ciudadano y asegurando la mayor satisfacción de los usuarios con el trabajo que realizamos en el Servicio Andaluz de Salud.

13 ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICA

Los objetivos del área económica para el periodo 2005-2008 persiguen que el nivel de ejecución del presupuesto, su concreción contable y la cobertura de necesidades sean los adecuados para ofrecer un balance de eficiencia y calidad.

13.1 Gestión Presupuestaria

En el periodo 2005 a 2008 el centro ajustará su nivel de gasto a los importes globales que resulten de la aplicación del modelo de financiación establecido sobre una base capitativa.

Para ello en el ejercicio 2008 el centro deberá realizar las acciones necesarias que le lleven a conseguir los resultados fijados en este Contrato Programa.

En el periodo 2005 a 2008 se mantendrá el subsistema de información de presupuestos en los términos consolidados en los ejercicios anteriores constituyendo el cuadro de mandos para la toma de decisiones tanto por parte de los directivos del centro como para la Dirección del Servicio Andaluz de Salud.

Durante el periodo 2005 a 2008 el centro mantendrá los objetivos de regularidad de ejecución presupuestaria y de contabilización de obligaciones como elementos básicos para asegurar la eficiencia y continuidad de los procesos de carácter económico.

En el mismo sentido, la evolución de la realidad presupuestaria ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información de gestión analítica y financieros.

13.2 Gestión de Compras y Logística

Las principales líneas de actuación del Servicio Andaluz de Salud en materia de compras y logística durante el año 2008 se centrarán sobre los siguientes contenidos:

- Promover la planificación de las necesidades y ejecución de las compras en todos los niveles de la organización, como estrategia de racionalización y mejora continua de la eficiencia.

- Potenciar la introducción de prácticas de gestión en los procesos de compra que refuercen la estrategia corporativa del Servicio Andaluz de Salud.

- Consolidar las existentes e implantar nuevas herramientas de soporte del sistema corporativo de compras.

- Continuar avanzando en el diseño, desarrollo e implantación del Sistema Integral de Gestión Logística (SIGLO®) y en el proceso de articulación del Sistema Corporativo de Logística.

Para la consecución de tales objetivos, los Centros:

- Otorgarán la máxima prioridad a eliminar los obstáculos que limiten o condicionen el funcionamiento pleno de las herramientas corporativas de compras (Catálogo y Banco de Productos*, Publiline*) en su ámbito de responsabilidad.

- Identificarán los productos que deseen adquirir única y exclusivamente mediante la pauta definida por el Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS, Código CIP y Código EAN), especialmente en los documentos necesarios para la contratación del suministro.

- Exigirán a sus proveedores, mediante obligación contractual:

  - La identificación de sus productos mediante Código EAN, y su simbolización en código de barras en los envases y embalajes de los mismos, conforme a las instrucciones fijadas por la Dirección Gerencia y la Dirección General de Gestión Económica.

  - La identificación en los documentos de soporte de la transacción comercial a través del Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS, Código CIP y Código EAN), y cuando corresponda el número de inscripción en el Registro de Implantes Quirúrgicos del Servicio Andaluz de Salud.

  - Los requerimientos logísticos relativos a la entrega de los productos suministrados, de acuerdo con las directrices que a este respecto acuerde la Dirección General de Gestión Económica.

- Adaptarán la organización y el funcionamiento de su sistema logístico propio a los criterios contenidos en el Manual de Acreditación y Procedimientos Logísticos aprobado por la Dirección General de Gestión Económica.

- Promoverán la participación de los profesionales de sus Centros en los procesos de evaluación vinculados al Banco de Productos y en los programas de formación y actualización organizados al efecto.

- Formalizarán pactos de consumo con todas sus Unidades y Servicios con relación a la actividad que desarrollan, e incorporarán la información contenida en dichos pactos a los sistemas corporativos de información y gestión, para su seguimiento y control.

13.3 Gestión Financiera

En la línea seguida en el año 2007, de potenciar e incrementar las actuaciones en el área de ingresos y reducir el periodo medio de pago (entendido éste en la fase en que a la tramitación de las obligaciones se refiere) se plantea para el año 2008, como objetivos prioritarios en el marco de la Tesorería la potenciación del procedimiento de liquidación de derechos y análisis de las demoras en la tramitación de liquidaciones, mediante la utilización del módulo que a tal efecto se ha desarrollado en el Sistema Unificado de Recursos (S.U.R.) de la Junta de Andalucía, y la reducción del periodo de disposición – para pago – en ámbito de Tesorería, o Gestor Pagador en caso de que se liquiden por el centro, de las obligaciones a pagar. Todo ello, integrado en el marco de una Unidad que realice las funciones de Tesorería – Ingresos y Pagos – del Órgano Gestor

Objetivos de Ingresos

– Cada centro deberá alcanzar un número de liquidaciones notificadas equivalentes al que figura en el anexo de objetivos dentro de la Línea de Acción 1.5. “Servicio y asistencia a no beneficiarios”.

– En el ejercicio 2008 todos los centros deberán facturar la asistencia sanitaria prestada a asegurados de países de la Unión Europea (UE), del Espacio Económico Europeo (EEE) y de Suiza, mediante la aplicación FISS-WEB del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Objetivos de Pagos

– Las facturas que se sitúen en ámbito de pagos – Anticipo de Caja Fija o Tesorería Central - no deberán haber superado un tiempo de tramitación superior a los 40 días desde su fecha de recepción. Se anotará en el haber de cada centro el cálculo del interés, al tipo vigente, que resulte de la diferencia en días desde los 40 hasta la fecha de su efectiva situación en ámbito del Gestor Pagador, en caso del Anticipo de Caja Fija, o de Tesorería, en caso del pago en firme.

13.4 Contabilidad de Costes (COAN–hyd)

Desde el año 2002, en el que se implantó la nueva aplicación de Contabilidad analítica de gestión de centros de responsabilidad COAN-hyd, con el diseño del mapa de centro sanitario y datos históricos del año 2002, y durante los ejercicios posteriores, se ha desarrollado y consolidado la nueva aplicación en la práctica totalidad de los centros.

Los objetivos para el periodo 2005-2008 son los siguientes:

– Elaboración y remisión a SS CC. del COAN-hyd del año anterior antes del 29 de Febrero del ejercicio corriente, con los requisitos de calidad que se establecen en la línea de Acción 1.6. del Anexo de Objetivos.

– El mapa del centro incorporado en el COAN-hyd debe reflejar la realidad del mismo, en cuanto a centros de responsabilidad y líneas funcionales pertinentes: Hospitalización, consultas externas, CMA, cma, pruebas funcionales, HDM, urgencias no ingresadas y sesiones.

– Debe existir un direccionamiento correcto de costes, actividad e interconsumos a los centros de responsabilidad y cada una de sus líneas funcionales, previa organización de los sistemas de información del Hospital, para incorporar el máximo de datos de manera automatizada.

– Los objetivos que se pacten con los centros de responsabilidad y/o unidades clínicas, concretados en su presupuesto clínico y operativo, deberán estructurarse siguiendo el formato incorporado en el programa de Contabilidad COAN-hyd y serán coherentes con la financiación del centro, de manera que su suma se corresponda con la financiación total recogida en este Contrato Programa.

– El seguimiento de dichos objetivos plasmados en los informes mensuales del COAN-hyd, deberá entregarse a los responsables de dichos servicios, unidades clínicas y resto de centros de responsabilidad con periodicidad mensual con objeto de que constituyan un verdadero instrumento de control de gestión.

– El seguimiento del objetivo de interconsumos entre centros de responsabilidad clínicos e intermedios se hará en URVs, debiendo estos centros expresar su producción en dicha unidad.

– Los Hospitales facilitarán y participarán en las auditorías selectivas que se planteen desde los SSCC para constatar el cumplimiento de los objetivos relacionados con este programa.

13.5 Responsabilidad Patrimonial y Gerencia del Riesgo

La gestión del riesgo es una función directiva que se incorpora a las tareas diarias de dirección y gestión midiendo la calidad del trabajo.

Es un instrumento de gestión que se incorpora al Contrato Programa como un indicador de calidad asistencial a alcanzar (minimizar el número de siniestros) que debe tener una repercusión en términos de dotación presupuestaria, dado el coste económico que estos tienen para el Organismo, a través de las indemnizaciones a los ciudadanos afectados y como consecuencia el encarecimiento de las primas de las pólizas contratadas. Los objetivos a alcanzar en el periodo 2005-2008 son:

– Identificar las situaciones que inciden en la asunción de responsabilidad patrimonial en las reclamaciones consecuencia de un funcionamiento normal de los servicios sanitarios por la falta de antecedentes médicos documentales.

– Establecer mecanismos de prevención de estas situaciones.

– Agilizar la tramitación del procedimiento administrativo en materia de responsabilidad patrimonial mediante el cumplimiento de los plazos establecidos en las Instrucciones dictadas al efecto.

Para ello, los centros cuidarán especialmente los siguientes aspectos:

– **Consentimiento Informado:** Los procesos, tanto diagnósticos como terapéuticos, recogidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, deberán ir acompañados del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado en su totalidad y recogiendo las alternativas terapéuticas. Informado el paciente, deberá anotarse en la Historia Clínica.

– **Obstetricia:** Una de las principales causas que originan expedientes de responsabilidad en Atención Primaria son los derivados de los "riesgos del embarazo". Por tal circunstancia, se constatará y anotará en la Historia Clínica que a la mujer se le informa de los mismos en tanto estos existan. En la Asistencia Hospitalaria deberán conservarse siempre los Registros Cardiotocográficos (RCTG) y cumplimentarse exhaustivamente y conservarse todos los apartados del partograma.

– **Servicios de Urgencias:** Deberán cumplimentarse adecuadamente el informe de urgencias, desde el registro de la hora de entrada y salida, hasta la especificación de la derivación del paciente al especialista o médico de cabecera, que siempre deberá aparecer de forma clara y precisa.

– **Extravío de Prótesis**: Se establecerán con carácter general protocolos para la custodia y depósito de las prótesis que puedan portar los pacientes.

14 ÁREA DE INVERSIONES

El Servicio Andaluz de Salud optimizará su grado de ejecución presupuestaria en las operaciones de capital (con excepción de las correspondientes al servicio 07, salvo financiación efectiva y material del mismo), aproximándose en todo lo posible a la ejecución del 100% del total del crédito definitivo del capítulo VI de su presupuesto de gasto.

15 ÁREA DE FINANCIACION

Se entiende como financiación la asignación presupuestaria que la Dirección del Servicio Andaluz de Salud establece para que los Hospitales presten asistencia sanitaria a los ciudadanos. La financiación constituye un elemento de regulación básico que ha de ser coherente y estar integrado con la cartera y oferta de servicios del Hospital.

Un objetivo básico del Servicio Andaluz de Salud es lograr una producción óptima de Servicios Sanitarios con los recursos disponibles. Para ello, el modelo de financiación diseñado se configura como un modelo prospectivo en el que se establecen un presupuesto global cerrado para cada centro y los correspondientes objetivos de actividad.

El modelo vinculará progresivamente la financiación para el periodo 2005-2008 a la población de referencia del centro. Este modelo trata de forma diferenciada las características específicas de cada Hospital, permitiendo configurar el presupuesto como una herramienta de gestión.

Las siguientes cláusulas regulan el marco financiero del presente Contrato Programa:

- El marco financiero elaborado debe ser considerado como definitivo para el ejercicio del año 2008.
- Los recursos financieros asignados al centro para el año 2008 se detallan en el anexo de objetivos económicos de este Contrato Programa.
- El centro acometerá las mejoras de gestión necesarias que le permitan alcanzar los compromisos de este Contrato Programa, adecuándose a la dotación establecida.
- Las propuestas de prestaciones adicionales a las contempladas en el presente Contrato Programa para el año 2008 requerirán la aprobación de la Dirección del Organismo.

El modelo de financiación para el año 2008 contempla tres bloques de financiación:

- Financiación por atención sanitaria a la población: El modelo financiero de asignación a cada centro para atención sanitaria a la población adscrita se estructura mediante el ajuste de una tarifa sobre una base capitativa con objeto de promover el uso costo efectivo de los Servicios Hospitalarios. Esta financiación constituye un máximo de autorización de gasto.

- Ingresos diferenciales: Recogen la financiación para programas o Servicios específicos que no tienen una base capitativa como son la Formación IR, las inversiones y otros programas específicos.

- Autorización de nuevos servicios 2008: Este apartado recoge la financiación específica para la puesta en marcha de nuevos servicios durante el ejercicio 2008. Estos nuevos servicios deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Significar un incremento substancial en la cartera de servicios o en la estructura funcional del centro.
- Contar con la autorización expresa por parte de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, tanto del nuevo servicio, como de su financiación.
- No estar incluidos dentro de aquellos otros nuevos servicios que puedan ser autorizados con cargo a mejoras de gestión de cada centro, y, por tanto, ser financiados sobre la base de la redistribución de los recursos propios del mismo.
- No haber sido autorizados como nuevos servicios en ejercicios anteriores, en cuyo caso su financiación ya está contemplada en el apartado primero del modelo.

16 ÁREA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

El Hospital llevará a cabo en su ámbito las actuaciones correspondientes de entre las contempladas en el Plan Integral de Evaluación Tecnológica, definido por la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y la Agencia de Calidad Sanitaria.

17 ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

En el marco de la estrategia de implantación de **sistemas de información corporativos**, durante el periodo de vigencia de este Contrato Programa el Hospital implantará el sistema de Historia Digital de Salud, Diraya, en los siguientes ámbitos:

- Citación de consultas externas y pruebas diagnósticas
- Admisión y archivo
- Área Clínica de Urgencias
- Área Clínica de Consultas Externas
- Área Clínica de Hospitalización y Cuidados
- Petición de Interconsultas y Pruebas Diagnósticas
- Prescripción electrónica

Previamente el Hospital deberá tener implantados los subsistemas de soporte: Base de Datos de Usuarios, Estructura de Atención Especializada y Módulo de Acceso Centralizado de Operadores.

- La Base de Datos de Usuarios es el fichero de pacientes común para todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Hospital se compromete al uso correcto de la misma, a velar por la calidad de sus datos y al cumplimiento de los procedimientos establecidos. Adoptará el Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) como identificador principal de sus pacientes. Mantendrá una estrecha colaboración con el/los Distrito/s responsable/s de validar sus propuestas de alta. Velará específicamente por evitar la introducción de duplicados.

- En relación con la Base de Datos de Usuarios son objetivos específicos del Hospital la propuesta de alta de los nacidos en el mismo y el paso a pasivo de los pacientes que fallecen en él.

- El Hospital mantendrá permanentemente actualizados los datos de su estructura física (consultas, salas, boxes, etc.) en el Módulo de Estructura de Diraya y solicitará al Servicio de Cartera de Servicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria las modificaciones que desee introducir en su estructura funcional. En función del ritmo de implantación, el Hospital se compromete a incorporar los datos correspondientes a las diferentes líneas de actividad.

- El Hospital ofrecerá las primeras consultas a los centros de Atención Primaria a través de las agendas de Diraya. Es objetivo del Hospital que todas las consultas externas se citen con este módulo.

- El Hospital utilizará los gestores de peticiones y el módulo de Citación de Diraya para la gestión de pruebas diagnósticas. Asimismo, implantará el Sistema de Información Radiológico corporativo para la gestión de pruebas de radiología. El Hospital se compromete a adoptar el modelo de almacenamiento y distribución de imágenes diagnósticas que regulará la Secretaría General.

– El Hospital realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación del Módulo Clínico de Consultas Externas Diraya. A final de 2008 habrá finalizado la implantación del módulo en esta área asistencial.

– El Hospital integrará su Sistema de Información de Laboratorio con el Módulo de Pruebas Analíticas de Diraya, de forma que se permita la gestión informatizada de las solicitudes, extracciones y devolución automática de resultados a la historia del paciente.

– El Hospital implantará en todas las puertas de urgencia la aplicación Diraya en coordinación con la Secretaría General. Una vez implantada, mantendrá formados a sus profesionales en el uso de la misma.

– A partir de la implantación del Módulo Clínico de Consultas Externas y del Módulo de Urgencias, el Hospital impulsará la prescripción de todo tipo de tratamientos por el sistema Receta XXI, independientemente de la duración de los mismos (máximo de un año).

– El Hospital realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación de Diraya en los ámbitos de admisión, área clínica de hospitalización y cuidados de enfermería, y aquellos otros que sean desarrollados o adoptados por la organización.

El Hospital migrará su actual solución de **gestión de suministros** a la nueva aplicación corporativa que establezca la Central Logística de Compras. Esta migración incluirá la formación del personal así como la implantación de la misma.

El Hospital implantará y mantendrá actualizado el **Directorio de Recursos Informáticos** de su centro, siendo la información recogida en éste la única oficial a efectos de planificación y gestión de estos recursos, estando sujeta a auditoría por parte de la Dirección Regional de Sistemas y Tecnologías de la Información.

El Hospital velará por el cumplimiento de la **política de seguridad y confidencialidad** en el tratamiento de la información que dicta la Secretaría General. Asegurará la implantación y difusión entre el personal del Manual de Seguridad de la Información Corporativa aprobado por la Secretaría General.

Asimismo, dado que la gestión de operadores se realiza de manera descentralizada, el Hospital garantizará la correcta asignación de perfiles e informará a los operadores de su papel en el uso de los datos. Los operadores deben aceptar las obligaciones que conlleva dicho acceso, según la legislación vigente, y comprometerse por escrito a utilizar los datos únicamente para las funciones establecidas en el SSPA y para las que son recogidos, a cumplir las normas básicas de seguridad de acceso y a mantener el obligado secreto profesional en relación con los datos que puedan manejar. El Hospital gestionará las bajas de operadores que correspondan.

El Hospital velará por el cumplimiento de las **normas de utilización de sistemas informáticos** establecida por la Junta de Andalucía y las que en su desarrollo establezca la Secretaría General.

El Hospital incluirá entre sus planes de **formación continuada** el aprendizaje y perfeccionamiento en el uso de las herramientas de información corporativas.

El Hospital facilitará la asistencia a grupos de trabajo y el trabajo remoto del personal técnico que le sea requerido para el desarrollo y seguimiento de proyectos corporativos.

18 ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Durante el año 2008 se continuará la implantación del Sistema Integrado de Alertas y se asegurará la detección de alertas epidemiológicas en el Sistema para lo que se realizarán las siguientes actuaciones:

- Favorecer la detección de alertas de origen comunitario en el ámbito de Atención Especializada.
- Declaración de alertas por efectos adversos a la asistencia sanitaria y por productos sanitarios según las causas establecidas en el SIA.

El Hospital apoyará la evaluación de la práctica clínica a las indicaciones y estándares clínicos pactados por el Servicio Andaluz de Salud con las Sociedades Científicas y trasladados a los centros.

2005

CONTRATO PROGRAMA

2008

Servicio Andaluz de Salud

2008

Hospitales del S.A.S.

ANEXO

ANEXOS
AL CONTRATO PROGRAMA
DE LOS HOSPITALES
DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
PERIODO 2005-2008
(AÑO 2008)

INDICE DE ANEXOS

ATENCIÓN CIUDADANA ..... Pàg. 97

OBJETIVOS 101
ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA – CONSULTAS EXTERNAS. PLANES DE MEJORA 107
ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA 115
HOJA DE EVALUACIÓN DE RECLAMACIONES1 121
PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD DE LA CIUDADANÍA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA 135
PLAN DE LAS PEQUEÑAS COSAS 139

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD 147

RED DE ALERTAS DE SALUD PÚBLICA. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 149
SEGURIDAD ALIMENTARIA 153
ATENCIÓN A LA MUJER Y AL NIÑO 157
ACTUACIÓN SANITARIA EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y DETECCIÓN DE MALOS TRATOS 161
ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA 165

ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA 167
ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS 173
ACCESIBILIDAD EN EL AREA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS 177
GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO 181
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL 185
ACTIVIDAD ASISTENCIAL 193

CALIDAD ASISTENCIAL 199

INDICADORES DE CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS 203
NORMAS BÁSICAS DE CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE TRASPLANTES 225
SEGURIDAD DEL PACIENTE 229
PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN 233

PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 235
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS 239
PLAN ANDALUZ DE HEMOTERAPIA 243
PLAN DE APOYO A LA FAMILIA 247
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA 253
PLAN DE GENÉTICA 257
ATENCIÓN A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL 261

PLANES INTEGRALES DE SALUD 265

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL 267
PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA 275
PLAN INTEGRAL DE DIABETES 281
PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS 289
PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO 295
PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTALIDAD 301
PRESTACIONES CONCERTADAS 305

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 309

DOCENCIA, FORMACIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN 317

GESTIÓN AMBIENTAL 323

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS 327

GESTIÓN ECONÓMICA **337**

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN **343**

PRESTACION FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS **349**

MODELO DE ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE DISTRITOS Y HOSPITALES **357**

GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA **371**

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA 2008 GUÍA PARA SU ELABORACIÓN **375**

PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES EN ANDALUCÍA **430**

COMISIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ÁREA **438**

INSTRUCCIONES SOBRE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A CENTROS PÚBLICOS DEL SNS FUERA DE ANDALUCÍA **450**

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA **454**

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HOSPITAL DE DIA MÉDICO **464**

ESTANCIA MEDIA DE LOS GDRs DEL ESTÁNDAR **474**

CÓDIGOS Y POBLACIONES DE LOS HOSPITALES **498**

ANEXO
ATENCIÓN CIUDADANA

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

1. SERVICIOS DE ATENCIÓN CIUDADANA

Objetivo 2007-2008
Potenciar el desarrollo y la implantación del Plan de Atención Ciudadana del Servicio Andaluz de Salud en todos los centros del Hospital

Objetivo 2008
El Hospital presentará el Plan de Atención Ciudadana del SAS a los profesionales de los diferentes Servicios y Unidades de Gestión Clínica
Evaluación
Envío a la DRAC (Dirección Regional de Atención Ciudadana) las actas antes de junio 2008

Objetivo 2008
Los Servicios de Atención Ciudadana podrán constituirse como Unidades de Gestión, para ello formalizaran el acuerdo que se recoge en el documento elaborado a tal efecto por la DRAC. La DGAS valorará dicho acuerdo

Evaluación
Envío del Acuerdo de Gestión por Objetivos a la DGAS, en el primer trimestre de 2008

Objetivo 2008
Los Servicios de Atención Ciudadana velaran por la correcta identificación del paciente, por la garantía y seguridad en el manejo de sus datos e información en todo el proceso integrado de atención al mismo, para ello, realizaran protocolo de actuación

Evaluación
Envío de protocolo de actuación a la DGAS (Dirección Regional de Atención Ciudadana, antes de junio 2008, especificando: a) *en relación a la correcta identificación del paciente*, procedimientos y sus garantías b) *en relación a la documentación clínica del paciente*, criterios, requerimientos y procedimientos establecidos para garantizar la seguridad en el manejo de los datos y la información del paciente, c) *en relación a conocer la adherencia al protocolo*, evaluación y seguimiento tras la aplicación del protocolo

Objetivo 2008
Los Servicios de Atención Ciudadana mantendrán actualizada su cartera de servicios

Evaluación
Envío del Documento de Cartera de servicios en el primer trimestre del año

Objetivo 2008
La dirección gerencia del Hospital impulsara la implantación y desarrollo del Plan de Formación de la DGAS para las personas que trabajan en los SAC, al objeto de potenciar la adquisición de competencias y el desarrollo profesional de las mismas, y mejorar el servicio prestado a la ciudadanía

Evaluación
Antes de finalizar el 2008, informe a la DRAC con el desarrollo del Plan de Formación en los Centros del Hospital

Objetivo 2008
Los Servicios de Atención ciudadana introducirán nuevas medidas organizativas y estructurales, que favorezcan una atención mas personalizada y salvaguarden la intimidad del usuario, según criterios mínimos establecidos en el CP 2008

Evaluación
Informe de las nuevas medidas introducidas al finalizar el primer semestre del año

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

2. OPINIONES DE LA CIUDADANÍA

2.1. SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Objetivo 2008
El Hospital presentará los resultados de las encuestas anuales de satisfacción de Atención Hospitalaria y Consultas Externas y la autocumplimentada al alta hospitalaria (trimestral y anual) a los profesionales de los Servicios y Unidades de Gestión Clínica. Asimismo, en el primer semestre, elaborará y pondrá en marcha un plan de mejora concreto en función de los indicadores y resultados obtenidos en estas encuestas en los dos últimos años. Por un lado, analizará todas las preguntas de la encuesta anual de Atención Hospitalaria y realizará planes de mejora en:
a) Aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir, las que no superan el 70% de satisfacción.
b) Aquellas variables referidas al índice sintético de satisfacción cuya valoración sea significativamente baja en relación con el promedio de su grupo hospitalario.
Por otro, analizará las preguntas "lo que más y lo que menos" de la encuesta Autocumplimentada al Alta Hospitalaria y realizará planes de mejora en:
c) Aquellas variables que "menos" ha gustado cuya valoración sea significativamente alta en relación con el promedio de su grupo hospitalario.
Y por otro lado, analizará todas las preguntas de la encuesta anual de Consultas Externas y realizará planes de mejora en:
d) Aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir, las que no superan el 70% de satisfacción

Estos planes de mejora se reflejarán en los contratos programas y acuerdos de gestión según Documento B "Análisis de Satisfacción de los usuarios de Atención Hospitalaria. Planes de Mejora", donde se incluirá un análisis sobre la calidad percibida del servicio e incidirá en las actuaciones y tareas a desarrollar, la fecha prevista y la evaluación llevada a cabo para lograr los objetivos

Evaluación
Envío de Plan de Mejora (Documento B.- TABLA I Y II. Análisis de Satisfacción de los usuarios de Atención Hospitalaria. TABLA IV. Análisis de Satisfacción de los usuarios de Consultas Externas. Planes de Mejora)
Informe semestral de mejoras desarrolladas

Objetivo 2008
El número de encuestas autocumplimentables al alta hospitalaria procesadas por trimestre deberá ser al menos el 25% de las altas. El Hospital facilitará la disponibilidad y los circuitos pertinentes para favorecer la participación de los usuarios mediante la encuesta autocumplimentada, además de comprometerse a que la entrega de los cuestionarios a centrales para su procesamiento sea semanal y que la nueva categoría "servicio" tenga una alta cumplimentación para su posterior análisis con mayor desagregación

Evaluación
a) % de participación en encuestas autocumplimentadas sobre el total de altas
b) Envío de Plan de Mejora (Documento B.- TABLA III. Análisis de Satisfacción de los usuarios de Atención Hospitalaria. Planes de Mejora)
Informe semestral de mejoras desarrolladas

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

2.2. RECLAMACIONES

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que todas las quejas y reclamaciones sean contestadas

Evaluación
Estadística de reclamaciones @GORAS

Indicador
% de reclamaciones contestadas

Objetivo 2008
El Hospital garantizará los plazos de respuesta a los reclamantes

Evaluación
Estadística de reclamaciones @GORAS

Indicador
% de reclamaciones contestadas en 15 días o menos
% de reclamaciones contestadas entre 16 y 30 días
% de reclamaciones contestadas en más de 30 días

Objetivo 2008
El Hospital utilizará la información procedente del análisis de las reclamaciones como fuente para impulsar iniciativas de mejora continua de la calidad de la atención a la ciudadanía
El Hospital mantendrá actualizado el procedimiento escrito sobre reclamaciones aprobado por la Dirección

Evaluación
Informe semestral sobre reclamaciones que han dado lugar a mejoras introducidas en los centros

Indicador
% de reclamaciones que han dado lugar a acciones de mejora. Fuente @GORAS

Objetivo 2008
El Hospital informará a sus profesionales del resultado cualitativo y cuantitativo de las quejas, reclamaciones, felicitaciones y agradecimientos

Evaluación
Al finalizar cada semestre se presentará en los centros/ UUCC informe de las reclamaciones recibidas, por motivos, por tipo de profesional afectado y acciones de mejora

Indicador
Número de actas firmadas donde se ha presentado informe de reclamaciones / total de Centros Hospitalarios y UGC

Objetivo 2008
El Hospital identificará y dará a conocer las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad

Evaluación
Estarán identificadas las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad, el personal afectado y las posibles acciones de mejora emprendidas

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

Indicador
Para los tres motivos más reclamados: Nº de Q/R; % del total; Personal afectado y acciones de mejora emprendidas.

3. INFORMACIÓN, ACCESIBILIDAD, CONFORT E INTIMIDAD

Objetivo 2008
Durante 2008 el Hospital desarrollará las actuaciones necesarias para personalizar la atención sanitaria en función de las necesidades especificas de los pacientes, priorizando a pacientes en situación crítica o terminal

Evaluación
Existencia de protocolos de priorización para el uso individual de habitaciones en estos casos en el primer semestre
Porcentaje de pacientes ingresados que se encuentran en una habitación de uso individual en cada trimestre, en general y para cada uno de los grupos priorizados. Sistema de información específico

Objetivo 2008
El Hospital deberá cumplir y mantener los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas y del Plan de Intimidad para todos sus centros, especialmente en los ámbitos de consultas externas y de los espacios de atención en los que no se pudieron alcanzar en el ejercicio anterior

Evaluación
Cumplimiento de los estándares al finalizar cada semestre. Auditoria interna

Objetivo 2008
El Hospital pondrá en marcha las actuaciones necesarias para adaptar su estructura y funcionamiento a las necesidades generales que el desarrollo evolutivo de los menores requieran en el momento de la hospitalización

Evaluación
Informe de nuevos elementos introducidos durante el primer semestre, en relación al menor hospitalizado

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la difusión de la carta de derechos y deberes del usuario en diferentes idiomas y formatos

Evaluación
Porcentaje de centros del Hospital que tienen a disposición de la ciudadanía la Carta sobre derechos y deberes en varios idiomas

Objetivo 2008
El Hospital incorporará el lenguaje no sexista a la documentación y la información dirigida a la ciudadanía

Evaluación
Se analizaran los impresos y documentos dirigidos a la ciudadanía desde el punto de vista de su adaptación a lenguaje no sexista

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

Indicador
Muestreo aleatorio por el Hospital de impresos y documentos dirigidos a la ciudadanía

Objetivo 2008
El hospital establecerá un sistema protocolizado para mejorar las visitas de familiares a pacientes hospitalizados, garantizando en todo momento el descanso, la intimidad de los pacientes y el normal desarrollo de la actividad asistencial

Evaluación
Informe al término de Junio 2008 de las actuaciones realizadas, envió protocolo de actuación a la DRAC

Objetivo 2008
El hospital dispondrá de un Plan de Acogida de la ciudadanía, que contenga al menos los elementos mínimos que recoge la Adenda del Contrato Programa 2008

Evaluación
Antes de finalizar Junio 2008, se enviará copia del plan a la DGAS, Dirección Regional de Atención Ciudadana

Indicador
Informe en el plazo señalado

4. PLANES ESPECÍFICOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Objetivo 2008
En el primer semestre de 2008, el Hospital analizará la situación del voluntariado y la participación de las asociaciones en el centro. El análisis incluirá un censo de organizaciones sociales, o actualización del que se posea, y la implicación de éstas en el centro

Evaluación
Informe al término del primer semestre de la situación del voluntariado y la participación de asociaciones en el Hospital

Indicador
Se ha realizado informe de situación de voluntariado y asociaciones

Objetivo 2008
El Hospital designará un o una profesional del centro que coordine las acciones de participación

Evaluación
Existe un coordinador o coordinadora de las acciones de participación

Objetivo 2008
El Hospital constituirá una comisión de participación, donde estén representados la ciudadanía, asociaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de enfermos, ONG, personal de salud, etc., para el desarrollo de la Participación en el ámbito establecido por la Dirección Regional de Atención Ciudadana

Evaluación
Existe comisión de participación en el Hospital y se ha reunido al menos dos veces en el año (actas)

ATENCIÓN CIUDADANA
OBJETIVOS

Indicador
Actas de las reuniones de la comisión de participación

Objetivo 2008
El Hospital elaborará en el seno de la comisión, su Plan de actuación para la Participación Ciudadana, donde se establecerán objetivos, líneas de acción y metas a desarrollar, basándose en las directrices de la DRAC

Evaluación
Antes de finalizar el año, se enviará copia del plan a la DGAS, Dirección Regional de Atención Ciudadana

Indicador
Informe en el plazo señalado

Objetivo 2008
El Hospital desarrollará diversas formas de participación colectiva, dando especial relevancia a las contempladas en el Banco de iniciativas novedosas para el desarrollo específico de la Participación Ciudadana en Salud

Evaluación
Antes Octubre de 2008, se enviará a la DGAS, Dirección Regional de Atención Ciudadana informe anual sobre las acciones de participación ciudadana colectiva realizadas

Indicador
Informe en el plazo señalado

5. DERECHOS SANITARIOS

Objetivo 2008
Durante el año 2008, el Hospital establecerá los mecanismos necesarios para garantizar la correcta información a la ciudadanía y a los profesionales sobre los derechos de la ciudadanía y sobre los términos, condiciones y requisitos requeridos para su ejercicio

Evaluación
Informe anual sobre las medidas adoptadas para mejorar la información sobre los derechos de la ciudadanía. En especial sobre la Segunda Opinión Médica, la LEE, el Consentimiento Informado, las Voluntades Vitales Anticipadas y Derechos del Menor

Indicador
Se ha realizado informe

Objetivo 2008
Durante el año 2008, el Hospital garantizará el ejercicio del derecho a la Libre Elección de Especialista y Hospital mediante la oferta de sus agendas personalizadas en Diraya. En los casos en que la demanda asistencial lo permita, el Hospital procurará dar respuesta a las peticiones de libre elección en tiempos similares a los de las solicitudes de primera consulta

Evaluación
Datos sobre citas solicitadas y aceptadas de libre elección. Fuente INFHOS

Indicador
nº de agendas personalizadas ofertadas en Diraya / nº Total de agendas ofertadas en Diraya x 100

ATENCIÓN CIUDADANA

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA – CONSULTAS EXTERNAS.

PLANES DE MEJORA

ACCIONES CONCRETAS SOBRE LOS INDICADORES DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA – CONSULTAS EXTERNAS

Conforme a lo indicado en el Contrato Programa del Hospital, se propondrán planes de mejora concretos en función de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción a usuarios de Atención Hospitalaria y Especializada y en las encuestas autocumplimentadas al alta hospitalaria.

El Hospital deberá incluir un análisis sobre la calidad del servicio percibida por los usuarios así como las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción, según los resultados obtenidos en las siguientes encuestas:

1) Encuestas de satisfacción a usuarios de Atención Hospitalaria
Analizará, por un lado, todas las preguntas de la encuesta referida a su **Hospital** y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir, las que no superan el 70% de satisfacción. (Tabla I)

Y por otro, analizará las preguntas referidas **al índice sintético de satisfacción (Atención, Hostelería y Derechos)** y establecerá planes de mejora en aquellas variables cuya valoración sea significativamente baja en relación con el promedio de su grupo hospitalario. (Tabla II).

2) Encuesta Autocumplimentada al Alta Hospitalaria
Analizará también las preguntas "**lo que más y lo que menos**" referidas a los servicios hospitalarios y establecerá planes de mejora en aquellas variables cuya valoración sea significativamente alta en relación con el promedio de su grupo hospitalario**.** (Tabla III). Preferiblemente se tomará como referencia los resultados anuales de la encuesta autocumplimentada (Informe Anual 2007) o en su defecto, con los resultados de último trimestre 07.

3) Encuestas de satisfacción a usuarios de Consultas Externas

Analizará todas las preguntas de la encuesta referida a su Centro de Consultas Externas y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir, las que no superan el 70% de satisfacción. (Tabla IV)

A continuación se adjuntan las tablas I, II, III y IV para facilitar el cumplimiento de los planes de mejora en función de los resultados de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Atención Hospitalaria, de Consultas Externas y de la Encuesta Autocumplimentada al Alta Hospitalaria 2007.

El Hospital se compromete a establecer los planes de mejora y a llevarlos a cabo para aumentar la calidad del servicio en al menos **diez** variables de la Encuesta de Satisfacción de Atención Hospitalaria, **cinco** variables en la Encuesta de Satisfacción de Consultas Externas y en al menos **cinco** variables de la Encuesta Autocumplimentada.

La regla general será seleccionar cinco variables de la Tabla I (debilidades hospital), cinco de la Tabla II (índice sintético satisfacción), cinco de la Tabla III (lo que más y menos) y cinco de la Tabla IV (debilidades_centro de consultas externas).
En el caso de que existieran menos de cinco variables en cualquier tabla, se incrementarían tantas variables en las otras tablas hasta conseguir las veinte necesarias para establecer los planes de mejora. Se elaborarán **obligatoriamente** actividades específicas en estos 20 ítems.

También será necesario entregar en este apartado, el Acta de reunión de difusión de los resultados de las encuestas anuales (Atención Hospitalaria, Consultas Externas y Encuesta Autocumplimentada) del Hospital con sus unidades dependientes para asegurar la planificación y organización de los planes de mejora.

TABLA I

DEBILIDADES DEL SISTEMA - HOSPITAL

	DEBILIDADES - PREGUNTAS	% 06	% 07	Diferencias
Debilidad 1				
Debilidad 2				
Debilidad 3				
Debilidad 4				
Debilidad 5				

Se seleccionaran cinco preguntas de la Encuesta de Satisfacción a Usuarios del Servicio de Atención Hospitalaria de entre todas las que tengan valores inferiores al 70% de satisfacción (Debilidades) y se analizaran las diferencias con respecto al año anterior. Para estas preguntas se establecerán planes de mejora, que contengan al menos los siguientes aspectos: actuaciones y tareas a desarrollar, fecha prevista y la evaluación llevada a cabo.

A continuación para estas cinco variables o debilidades, se seguirá el siguiente esquema para llevar las acciones concretas con el fin de elevar los niveles de satisfacción.

VARIABLE / DEBILIDAD : .....

ACTUACIONES DE MEJORA	FECHA PREVISTA	EVALUACIÓN

TABLA II

ÍNDICE SINTÉTICO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Categoría	Ítems	Pesos		% 06	% 07	DIF.
Atención	P1	7	Satisfacción con la atención sanitaria			
	P12	5	Comprensión de la información de los médicos			
	P14	7	Confianza en la asistencia recibida			
	P21,1	6	Valoración de los médicos			
	P21,2	6	Valoración de ATS o enfermeros/as			
	P35	7	Recomendaría el Hospital			
Hostelería	P3	5	Comodidad en las habitaciones			
	P4	5	Facilidad para resolver asuntos de trámites y papeles			
	P6	4	Señalización del Hospital			
	P8	6	Calidad de la comida			
	P9	6	Limpieza del Hospital			
	P15	4	Identificación del personal			
Derechos	P18	6	Respeto con el que se le ha tratado			
	P19	5	Intimidad en el Hospital			
	P26	4	Información sobre las pruebas que le hicieron			
	P29	4	Consentimiento por escrito para operación			
	P33_N1	3	¿Conoce si tiene derecho a estar acompañada durante el parto?			
	P33_N2	3	¿Conoce si tiene derecho a la anestesia epidural?			
	P24	4	Información sobre el tratamiento			
	P31	3	Recibe informe para médico de cabecera			

Se seleccionaran cinco preguntas de entre todas las que tengan una valoración significativamente baja en relación con el promedio de su grupo hospitalario, preferiblemente de diferentes categorías (atención, hostelería y derechos).

Para estas preguntas se establecerán planes de mejora, que contengan al menos los siguientes aspectos: actuaciones y tareas a desarrollar, fecha prevista y la evaluación llevada a cabo. También, se analizaran las diferencias con respecto al año anterior.

A continuación para estas cinco variables, se seguirá el siguiente esquema para llevar las acciones concretas con el fin de elevar los niveles de satisfacción.

VARIABLE : .....

ACTUACIONES DE MEJORA	FECHA PREVISTA	EVALUACIÓN

TABLA III

LO QUE MENOS HA GUSTADO

	LO QUE "MENOS" GUSTA	% 06	% 07	Diferencias
VARIABLE 1				
VARIABLE 2				
VARIABLE 3				
VARIABLE 4				
VARIABLE 5				

Se seleccionaran cinco variables referidas a lo que "menos ha gustado" de la Encuesta Autocumplimentada de entre todas las que tengan una valoración significativamente alta en relación con el promedio de su grupo hospitalario, preferiblemente de diferentes categorías (tangibilidad, empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad y seguridad).

Para estas preguntas se establecerán planes de mejora, que contengan al menos los siguientes aspectos: actuaciones y tareas a desarrollar, fecha prevista y la evaluación llevada a cabo. También, se analizaran las diferencias con respecto al año anterior.

A continuación para estas cinco variables, se seguirá el siguiente esquema para llevar las acciones concretas con el fin de elevar los niveles de satisfacción.

VARIABLE : .....

ACTUACIONES DE MEJORA	FECHA PREVISTA	EVALUACIÓN

TABLA IV

DEBILIDADES DEL SISTEMA – CENTRO DE CONSULTAS EXTERNAS

	DEBILIDADES - PREGUNTAS	% 06	% 07	Diferencias
Debilidad 1				
Debilidad 2				
Debilidad 3				
Debilidad 4				
Debilidad 5				

Se seleccionaran cinco preguntas de la Encuesta de Satisfacción a Usuarios del Servicio de Consultas Externas de entre todas las que tengan valores inferiores al 70% de satisfacción (Debilidades) y se analizaran las diferencias con respecto al año anterior. Para estas preguntas se establecerán planes de mejora, que contengan al menos los siguientes aspectos: actuaciones y tareas a desarrollar, fecha prevista y la evaluación llevada a cabo.

A continuación para estas cinco variables o debilidades, se seguirá el siguiente esquema para llevar las acciones concretas con el fin de elevar los niveles de satisfacción.

VARIABLE / DEBILIDAD : .....

ACTUACIONES DE MEJORA	FECHA PREVISTA	EVALUACIÓN

ATENCIÓN CIUDADANA

ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

1. Realizar el análisis de situación del voluntariado y de la participación de asociaciones en el centro. En el análisis se incluirá el censo de organizaciones sociales o actualización del que se posea, valorando la implicación de éstas en el Centro y el reconocimiento formal si lo tuvieran.

2. El Hospital / Distrito designará un profesional del Centro que coordine las acciones de participación. Será el referente para la ciudadanía, asociaciones, etc. y se encargará de dinamizar la participación ciudadana y de poner en marcha el resto de las acciones que se contemplan.

3. Constitución de una comisión para la Participación, con representación de la ciudadanía, asociaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de enfermos, ONG, personal de salud, etc.

4. Elaboración de un plan de actuación en Participación Ciudadana. El plan priorizará y desarrollará diversas formas de participación colectiva, dando especial relevancia a las contempladas en el Banco de iniciativas para el desarrollo específico de la Participación Ciudadana en Salud.

5. Desarrollo de áreas o iniciativas de participación priorizadas según directrices de la Dirección Regional de Atención Ciudadana.

6. Elaboración de informe anual sobre el progreso de la Participación Ciudadana en su ámbito de referencia.

BANCO DE INICIATIVAS PARA EL DESARROLLO ESPECIFICO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD

- Colaboración con las redes sociales existentes en el SSPA (p. ej. asociaciones de ayuda mutua, voluntariado, promoción de salud, etc.).

- Realización de Encuentro, Foro Ciudadano de Salud, Jornada de Puertas Abiertas en colaboración con asociaciones, colectivos sociales, etc. donde se den a conocer la aplicación y desarrollo de las líneas estratégicas del centro sanitario.

- Realizar reuniones periódicas conjuntas, entre el centro y asociaciones / ciudadanos para informar sobre actividad, planes de mejora establecidos en función de los resultados de las encuestas de satisfacción, para recoger opiniones, sondear expectativas, etc.

- Planificación y desarrollo de estrategias especificas en Zonas de Transformación Social con la participación de asociaciones / ciudadanos y profesionales.

- Establecer, por los responsables de los centros sanitarios, la identificación y el reconocimiento de todas y cada una de las personas que desarrollan un trabajo de colaboración, participación, voluntariado en los centros del SSPA (p. ej. presencia de carné con la identificación personal en lugar visible, relación de interpretes voluntarios, etc.)

- Contar con la participación de ciudadanos, voluntarios, asociaciones, etc. en el desarrollo de programas y actuaciones específicas que mejoren la prestación del servicio a colectivos en situación de desigualdad por discriminación social, discapacidad, barreras idiomáticas, etc.

- Establecer con la participación de ciudadanos, un sistema para la revisión/análisis/evaluación de la legibilidad, comprensibilidad y utilidad de los materiales informativos que se utilizan en el centro para informar/comunicar a los ciudadanos. (p. ej. Guía de Usuario, señalización del hospital, directorio del centro, etc.)

- Analizar junto a las asociaciones de pacientes y voluntarios el régimen de visitas durante la hospitalización, buscando oportunidades de mejora que garanticen el respeto a la intimidad de la persona, a su descanso, favoreciendo en todo momento el proceso de recuperación del paciente hospitalizado y el desarrollo de la actividad asistencial del centro. Aplicando las mejoras acordadas con el apoyo y la colaboración de las mismas.

- Analizar junto a las asociaciones de pacientes, voluntarios, etc., como se desarrolla el proceso de acogida e información a pacientes y familiares en los servicios de Urgencias del centro, buscando oportunidades de mejora que garanticen la información sobre la situación del paciente en todo momento.

- Incorporar a ciudadanos en los equipos que desarrollan la auto evaluación de los centros en los procesos de acreditación de los mismos.

- Participación Ciudadana con asociaciones vinculadas o interesadas por el centro sanitario: definición conjunta de programas concretos avalados por una Comisión de Calidad o similares para
    - elaborar los contenidos y desarrollo temáticos en las aulas de formación para niños hospitalizados (p. ej. ciberaulas, etc.)
    - el desarrollo de la coeducación del ocio y la comunicación del menor hospitalizado con su familiares, otros pacientes, etc.

- Captación de voluntarios para llevar a cabo talleres lúdico-culturales creados por el centro, y otras actividades (p. ej. en las aulas para ocio, etc.)

- Establecer y desarrollar la programación de actividad a realizar por los intérpretes voluntarios.

- Contar con la participación de ciudadanos y voluntarios en Comités (p. ej. Ética) y actividades de Promoción de Salud.

- Desarrollo de programas específicos de Educación para la Salud con la participación ciudadana, asociaciones, voluntarios, colegios, etc. (p. ej. ejercicio físico y salud, talleres cocina saludable, día de la fruta, comedores escolares: propuestas para elaboración de menús equilibrados y saludables, prevención de accidentes infantiles, etc.)

- Diseñar en colaboración con asociaciones, voluntarios, etc. las intervenciones a realizar para afrontar el final de la vida del paciente y sus familiares.

- Planificación y desarrollo de actividades conjuntas de formación del voluntariado en salud, para ciudadanos y profesionales.

- Trabajo colaborativo en el desarrollo de la guía de recursos y material informativo, con asociaciones que necesitan especial atención (enfermedades raras).

- **Atención itinerante a la ciudadanía en diferentes puntos estratégicos del hospital para facilitar y acompañar a éste en su recorrido asistencial (Proyecto Cicerone).**

ATENCIÓN CIUDADANA
HOJA DE EVALUACIÓN DE RECLAMACIONES

PRIMER SEMESTRE 2008

TIEMPOS DE RESPUESTA QUEJAS Y RECLAMACIONES

*Tiempo en que se Gestiona la reclamación	Ene	Feb	Mar	Total 1º trim	Abr	May	Jun	**TOTAL 1º Semestre 2008**
nº de Q/R contestadas en 15 días o menos/ Nº de reclamaciones formuladas								
nº de Q/R contestadas entre 16 – 30 días/ Nº de reclamaciones formuladas								
nº de Q/R contestadas en más de 30 días/ Nº de reclamaciones formuladas								
Total de Q/R contestadas/ Nº de reclamaciones formuladas								

***** El nº de días que transcurren en la Gestión completa de una reclamación.
- % de Reclamaciones contestadas: Nº de reclamaciones gestionadas / Nº de reclamaciones formuladas

ACCIONES DE MEJORA. 1º SEMESTRE 2008.

MOTIVOS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES, ÁREA - PERSONAL AFECTADO
Señalar los tres motivos por los que más se ha reclamado en orden decreciente, el Área, personal afectado y las medidas o acciones de mejora puestas en marcha.

MOTIVOS más frecuentes	Nº de Q/R	% del total	AREA -PERSONAL AFECTADO	ACCIONES DE MEJORA
1º				
2º				
3º				

SEGUNDO SEMESTRE DE 2008

TIEMPOS DE RESPUESTA QUEJAS Y RECLAMACIONES

*Tiempo en que se Gestiona la reclamación	Jul	Ago	Sep	Total 3º trimestre	Oct	Nov	Dic	**Total 2º semestre 2008**
nº de Q/R contestadas en 15 días o menos/ Nº de reclamaciones formuladas								
nº de Q/R contestadas entre 16 – 30 días/ Nº de reclamaciones formuladas								
nº de Q/R contestadas en más de 30 días/ Nº de reclamaciones formuladas								
Total de Q/R contestadas/ Nº de reclamaciones formuladas								

***** El nº de días que transcurren en la Gestión completa de una reclamación.
- % de Reclamaciones contestadas: Nº de reclamaciones gestionadas / Nº de reclamaciones formuladas

ACCIONES DE MEJORA. 2º SEMESTRE 2008.

MOTIVOS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES, AREA - PERSONAL AFECTADO.
Señalar los tres motivos por los que más se ha reclamado en orden decreciente, el Área, personal afectado y las medidas o acciones de mejora puestas en marcha.

MOTIVOS más frecuentes	Nº de Q/R	% del total	AREA - PERSONAL AFECTADO	ACCIONES DE MEJORA
1º				
2º				
3º				

ATENCIÓN CIUDADANA
PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD
DE LA CIUDADANÍA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

I. DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD DEL CIUDADANO

Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación del Plan de Mejora de la Intimidad está constituido por todos los Hospitales y centros de especialidades.

Nivel de difusión

El Plan será dado a conocer a todos los responsables sanitarios y no sanitarios de los centros asistenciales dependientes de las Áreas Hospitalarias hasta el nivel de mandos intermedios, al objeto de que éstos faciliten su puesta en marcha y la consiguiente difusión entre los distintos profesionales.

Líneas de acción

Las cuatro líneas de acción para la aplicación del Plan en los centros asistenciales se centran en

- **Línea 1.** Actuaciones encaminadas a la reestructuración o modificación de las instalaciones y adaptación del entorno espacial.

- **Línea 2**. Actuaciones relativas a la modificación, reforma o incorporación de normas o instrucciones de carácter interno respecto a procesos asistenciales y de atención en general.

- **Línea 3**. Actuaciones dirigidas a la sensibilización de los profesionales sanitarios y no sanitarios mediante su formación.

- **Línea 4**. Actuaciones relativas a completar con aspectos relacionados con la intimidad las guías de práctica clínica y protocolos de actuación no asistenciales.

Planes de actuación en los centros sanitarios

En consonancia con estas cuatro líneas de acción, los directores gerentes de las Áreas Hospitalarias presentarán por cada uno de los centros sanitarios de su demarcación y dependencia los planes de actuación con los criterios que, a continuación, se especifican:

- Plan de actuación de modificación o adaptación de las estructuras y dotación de recursos materiales.

- Plan de actuación sobre medidas de organización, elaboración de normas y establecimiento de instrucciones.

- Programa de formación de profesionales (Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Personal de Función Administrativa, Celadores y Facultativos)

- Programa para la adecuación de las guías de práctica clínica y demás protocolos de actuación por grupo profesional y proceso asistencial y de atención.

La información que al respecto deben remitir a la Dirección General de Asistencia Sanitaria contendrá, por cada uno de los criterios que se establecen, las medidas a adoptar, la fecha prevista para el inicio de las actuaciones y tiempo que se prevé para su total implantación. En aquellos casos en los cuales el criterio en cuestión estuviera ya implantado se deberá reseñar en el documento. A este fin, se utilizará el anexo de este documento.

Evaluación de las actuaciones

La evaluación de la actividad relativa a la aplicación del Plan de Intimidad se efectuará para cada uno de los bloques de planes descritos anteriormente.

Este seguimiento es inicialmente de carácter autoevaluativo, fórmula que se considera más idónea para orientar la labor de los responsables de la aplicación del Plan en los centros sanitarios. No obstante, la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a través de auditorias y encuestas de satisfacción de usuarios, efectuará el seguimiento puntual de las actuaciones que se programen y pongan en marcha.

II. OBJETIVOS GENERALES

La relación de los profesionales sanitarios con el paciente debe fundamentarse en el respeto hacia éste, a través de la preservación de los aspectos relativos a su intimidad y privacidad durante su paso por los centros sanitarios. El fomento de la protección de estos valores constituye el fin del Plan de Mejora de la Intimidad, que cuenta con una serie de objetivos de actuación para su alcance que, a continuación, se describen y que, en definitiva, responden a lo que se pretende conseguir con su aplicación.

- La adecuación de espacios y disponibilidad de recursos en centros sanitarios para la mejor prestación de servicios directamente relacionados con la protección de la privacidad del usuario.

- La adecuación de la organización funcional de los servicios para garantizar el respeto al paciente.

- La incorporación de pautas de comportamiento respecto al trato con pacientes, en cada proceso asistencial y de atención.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Bajo este epígrafe se recogen los objetivos a conseguir dentro de las tres grandes Áreas de actuación del Plan de Intimidad: Estructuras y recursos materiales; organización funcional de los centros y recursos humanos. Cada objetivo está compuesto de una argumentación y del criterio que debe seguir el centro.

PRIMER OBJETIVO: ESTRUCTURA Y DOTACIÓN. CRITERIOS

Los objetivos fijados en este apartado constituyen factores fundamentales para la consecución de los objetivos generales del Plan de Mejora de la Intimidad. Su logro garantizará en gran medida el éxito de este proyecto al facilitar a los profesionales los medios adecuados donde ejercer su actividad de acuerdo a los criterios que se fijan en él.

1. Espacios reservados para información

La información en un espacio reservado es imprescindible en todos los casos que requieran una especial atención, del paciente y familiares. Estos espacios pueden ser multifuncionales: En Áreas de Hospitalización, los despachos médicos; en consultas ambulatorias, las propias consultas; en los Servicios de Atención al Usuario, el despacho de su responsable.

Criterio

Todas las Áreas asistenciales y de atención al usuario disponen de un habitáculo, con un nivel adecuado de confort, para la información al paciente y, en su caso, a los familiares de éste. La disponibilidad de habitáculos o espacios utilizables estará en consonancia con el número de personas a quienes hay que informar y el horario establecido para tal fin.

- En alas de Hospitalización: 1 espacio por ala
- En Área de urgencia/observación: mínimo, 1 espacio
- En Área de cuidados intensivos: mínimo, 1 espacio
- En Área quirúrgica: mínimo, 1 espacio
- En Área obstétrica: mínimo, 1 espacio
- En Atención Ciudadana: 1 espacio

2. Habitaciones de uso individual

Con independencia de aquellos casos en que el paciente sufre un proceso que requiere aislamiento por motivos clínicos, la utilización individual de habitaciones fomenta un mayor grado de privacidad e intimidad para el enfermo y acompañantes, especialmente, entre parturientas y pacientes terminales o de extrema gravedad.

Criterio

El Hospital debe ampliar el uso de habitaciones individuales, otorgando prioridad a las Áreas más demandadas en este sentido por los usuarios: maternidad, infantil y pacientes terminales o de extrema gravedad. Siempre que existan habitaciones vacías, se deben ofertar para uso individual.

3. Habitaciones de uso compartido

La intimidad y la privacidad de los enfermos ingresados en habitaciones de uso compartido se encuentran obviamente mediatizadas. La diferencia de calidad en este sentido estriba en la reducción del número de camas por habitación y la colocación de cortinas separadoras que fomenten la privacidad durante la visita del facultativo y cuidados clínicos e higiénicos evitando la exposición visual innecesaria del enfermo, sin que esto suponga impedimento alguno a situaciones de atención normal o de urgencia.

Criterio

Los Hospitales cuentan en las habitaciones compartidas, como máximo de dos camas, con cortinas separadoras.

4. Zona de vestuarios en Áreas de consultas, de pruebas diagnósticas por imagen y de rehabilitación.

Tanto en Áreas de consultas ambulatorias, en las de pruebas diagnósticas por imagen como en zonas de rehabilitación es frecuente la necesidad de desvestirse el usuario para su exploración o tratamiento, sin embargo, no siempre se cuenta con un espacio reservado y adecuado que evite su exposición visual, vulnerándose de este modo su intimidad.

La solución viene dada por la adaptación, por una parte, en las Áreas de consultas ambulatorias de espacios reservados a vestuario, donde, separado por biombo o cortina, el paciente cuente con una banqueta y perchero que le facilite esta operación; y por otra, en las consultas de pruebas diagnósticas donde la existencia de espacios reservados suele ser habitual, aunque no la dotación de éstos con banquetas y percheros, y en las zonas de rehabilitación la creación de vestuarios dotados con taquillas y aseos.

Criterio

En todas las zonas de exploración o tratamiento donde los pacientes necesiten desvestirse, cuentan con espacios adaptados a tal fin, o con vestuario dotados con percha y banqueta o silla.

5. Vestimenta de pacientes Hospitalizados

La imagen externa del paciente durante su Hospitalización tiene una gran importancia ya que, su menoscabo, vulnera gravemente su intimidad al exponerlo en condiciones poco dignas a miradas ajenas con las que puede sentirse incómodo e incluso humillado, él o sus familiares. Facilitar al paciente la posibilidad de utilizar su propia ropa puede ser un recurso que fomente su sensación de individualidad frente la percepción de despersonalización que le puede producir estar fuera de su ámbito familiar. No obstante, esta posibilidad siempre estará sujeta a las condiciones que requiera su atención sanitaria.

Criterio

El centro garantiza que las características de la vestimenta de los pacientes tengan un diseño y calidad del tejido que impida la exhibición o transparencia accidental del cuerpo del paciente. Al ingreso, además de suministrarles ropa para su estancia (pijama/camisón y bata), se les oferta la posibilidad de utilizar lencería propia, en los casos en que sea adecuado a su atención sanitaria.

6. Vestimenta de pacientes en asistencia ambulatoria

La asistencia ambulatoria, tanto para algunas exploraciones como para realización de determinadas pruebas, requiere en muchas ocasiones que el paciente se desprenda de su ropa, quedando parcial o totalmente desnudo y creándole cierto grado de incomodidad o pudor que puede ser evitado.

Criterio

En los casos de asistencia ambulatoria, el centro dispone de ropa adecuada para efectuar determinadas exploraciones o pruebas clínicas a los pacientes.

SEGUNDO OBJETIVO: ORGANIZACIÓN. CRITERIOS

Las direcciones-gerencias de las Áreas Hospitalarias deberán adoptar todas las medidas a su alcance, en materia de organización, para preservar la intimidad de la persona, cuando el procedimiento asistencial implique un mayor riesgo de vulnerarla.

1. Normas sobre interrupciones durante el desarrollo de actividad asistencial.

La relación entre enfermo y médico está insertada en la esfera de la intimidad y de la privacidad de aquél. Partiendo de este principio, la interrupción de actos clínicos por personas ajenas a los mismos, constituye una vulneración del propio acto. Estas interrupciones suelen estar asumidas en la dinámica de las consultas, puesto que son llevadas a cabo por personal de la institución y ésta es una percepción errónea que hay que desechar.

Criterio

Las Áreas Hospitalarias cuentan con instrucciones respecto a la no interrupción de actos clínicos por personas ajenas a los mismos, facilitando la colocación de avisadores luminosos de ocupación de las consultas.

2. Presencia de profesionales o alumnos

El paciente puede sentirse cohibido ante la presencia de profesionales a los que no conoce y con los que no tiene establecida relación clínica, de tal modo que, desde su perspectiva, el principio de privacidad-confidencialidad que rige la relación médico-paciente queda desvirtuado. No es infrecuente la presencia de profesionales en prácticas o alumnos, sin embargo, esto no debe suponer una imposición para el paciente sino que, a éste, se le explicará el motivo de estas presencias y, en supuestos de exploraciones sensibles, se le pedirá autorización para la presencia o exploración de personal en proceso de formación.

Criterio

Las Áreas Hospitalarias tienen establecido el número aconsejable de profesionales que intervienen en cada etapa del proceso asistencial, para evitar la sensación de falta de intimidad. Este criterio debe tener presente la normativa y convenios del Área respecto a docencia y prácticas clínicas.

3. Información protocolizada

La información es un elemento fundamental en la relación con los pacientes. Del tratamiento de calidad que se dé a esta información, tanto si es de tipo clínico como información administrativa

dependerá la percepción del paciente sobre el equipo que le trata y el centro donde se encuentra. El ambiente de privacidad en que se facilita la información, la persona que la facilita y la forma de abordar el contenido de la misma puede condicionar el resultado. Por ello es preciso que existan pautas o protocolos claros al respecto que evite la incertidumbre de los pacientes.

Criterio

Todas los centros sanitarios disponen de protocolos escritos que garanticen el proceso que se sigue para facilitar la información en diferentes circunstancias (quién puede facilitar información clínica, quién lo hará en condiciones habituales y quién alternativamente; en qué momentos u horarios –a ser posible fijos, en qué zonas, a qué personas se facilitará, a quién podrán dirigirse los pacientes o sus familiares –autorizados; en caso de necesidad de información, qué actuaciones requieren que se dé el previo consentimiento informado, cómo se desarrolla el proceso del consentimiento...)

4. Información confidencial

La confidencialidad de la información es una obligación que tiene que tener presente toda persona responsable de suministrarla, puesto que constituye un aspecto fundamental de la privacidad e intimidad relativa al paciente. En este sentido, debe ponerse especial atención a quién o a quiénes se facilita la información, evitando emitirla en zonas donde puede ser oída por personas no interesadas.

Criterio

En el momento de facilitar información clínica, debe asegurarse que sólo está presente el profesional o profesionales que emite la información, el paciente o, en su caso, los familiares.

5. Autorizaciones del paciente en relación con su información

El paciente, como titular de la información clínica o de carácter personal que le concierne, tiene derecho a determinar que no se facilite dicha información a terceras personas; de igual modo, tiene derecho a decidir que no se informe sobre su estancia o ingreso en el centro sanitario. No obstante y en tanto esta voluntad no sea expresada por el paciente, se puede presuponer que los familiares que le acompañen pueden ser informados, como es costumbre en nuestro medio social.

En cuanto a la protección de los datos de identificación de los pacientes, hay que tener presente que estos datos son confidenciales y, a este respecto, existen leyes específicas que protegen el acceso a los mismos de personas no autorizadas. Así, toda aquella información que contenga nombre y apellidos, domicilio, teléfono, documento de identificación oficial de un paciente o, aquella otra que, no conteniendo expresamente el nombre de la persona, pueda aportar algún dato que conduzca a su identificación tiene carácter confidencial y, como tal, tiene que ser protegida.

En este sentido, la exposición de listados de pacientes en las puertas de consultas o en cualquier otro lugar de los centros sanitarios, vulnera la confidencialidad de los datos y la ley que regula su protección (Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre)

Criterio

1. Los centros sanitarios asumen la voluntad expresada por el paciente de no suministrar información clínica o sobre su paso y atención en los mismos, y en el caso de menores, la voluntad expresada por quien o quienes detenten la patria potestad o tutoría legal.

2. Las Áreas Hospitalarias cuentan con instrucciones expresas que prohíben la exposición de listados de pacientes en puertas y paredes de los centros sanitarios.

6. Identificación del profesional que facilita la información

El profesional que facilita información, tanto si ésta es de carácter clínico o de carácter administrativo, tiene que ser identificado por el paciente y familiares sin mayor dificultad; dado que, además de constituir un referente, se enfatiza el aspecto privado que tiene que tener el acto de informar.

Criterio

La totalidad de los profesionales de los centros sanitarios llevan identificación personal visible.

7. Exploraciones "sensibles"

Las exploraciones especialmente sensibles pueden generar en el paciente gran intimidación e incomodidad, pues pueden sentir estas exploraciones como "agresivas" a su pudor. Para mitigar en la medida de lo posible estas sensaciones, el paciente debe ser informado apropiadamente sobre la exploración de la que será objeto y ofertarle, siempre que no suponga un obstáculo importante, la presencia de un acompañante.

Criterio

En los casos de exploraciones que pudieran afectar la sensibilidad o pudor de los pacientes, además de informarles claramente sobre las características de las mismas, se facilita durante la exploración la presencia de personal sanitario auxiliar de apoyo o persona de confianza de los mismos.

8. Régimen de visitas

La mayoritaria utilización de habitaciones compartidas provoca la pérdida de privacidad e intimidad de los pacientes durante el horario de visitas. Esto, siendo así, es por otra parte inevitable. Pero ello no obsta para que se procure cierta atención a estos aspectos controlando el número de personas que pueden acceder por paciente ingresado. La estimación de dos personas por paciente parece más que suficiente, con lo cual, en todo el horario de visita no habría más de cuatro visitantes por habitación, garantizándose de este modo, al menos, la tranquilidad de los enfermos.

Criterio

Los centros sanitarios adaptan su funcionamiento en el control de acceso de visitantes a criterios de salvaguarda de la intimidad, confidencialidad y seguridad de los mismos.

9. Custodia de la documentación clínica

Según ha establecido la Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre acceso a la documentación clínica (R23/01, 4 de junio), el centro sanitario, además de estar obligado a conservar esta documentación –con independencia de cuál sea su soporte, es el responsable de establecer los mecanismos necesarios para salvaguardar la confidencialidad de los datos de la misma con el objetivo de garantizar el derecho del paciente a la privacidad tanto personal como familiar.

Esta responsabilidad no se refiere exclusivamente a la documentación clínica archivada, sino que se extiende a ésta en cada momento del proceso asistencial. La responsabilidad del centro respecto a la documentación clínica es la responsabilidad de los profesionales sanitarios y no sanitarios que, por desempeño de sus funciones, tienen contacto con los historiales clínicos de pacientes Hospitalizados o en consultas; responsabilidad de custodia y salvaguarda que finaliza una vez que la documentación se incorpora al archivo del centro.

Dicho esto, hay que subrayar la enorme importancia que la protección de la documentación clínica, entendiéndose por ésta todo tipo de documento en el que consten datos relativos a la

salud de un paciente[1] tiene para la salvaguarda de la confidencialidad y, por extensión, de la intimidad y privacidad del titular de la información y la gravedad de su vulneración por motivos de una deficiente custodia de la misma.

Criterios generales

Los centros cuentan con normas que aseguren la confidencialidad de los datos clínicos y de carácter personal contenido en la documentación clínica no archivada, la integridad de la misma, control de su manipulación y, en el caso de estar informatizadas, la imposibilidad de acceso por parte de personas no autorizadas

Criterios específicos

- Los centros sanitarios cuentan en plantas de Hospitalización, consultas y Áreas de radiodiagnóstico con zonas reservadas e inaccesibles a personas ajenas donde pueden ser depositadas, con garantías de seguridad, las historias clínicas hasta su devolución o incorporación al departamento de archivo. Asimismo, se realiza el seguimiento de los criterios de seguridad para evitar la pérdida de documentación.

- Para los traslados de pacientes entre centros, en caso de que se porten los historiales clínicos o cualquier otra documentación, éstos son llevados bajo la responsabilidad del profesional a cargo del mismo, en sobre cerrado e identificado y entregadas en mano al profesional que corresponda del centro receptor.

- Los centros sanitarios garantizan que el traslado de cualquier tipo de documento clínico a otros centros se efectúa en sobre cerrado y, con independencia del medio que utilice, con acuse de recibo.

TERCER OBJETIVO: ACTITUDES Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES

La consecución de los objetivos del Plan de Mejora de la Intimidad depende totalmente de la actitud positiva de los profesionales sanitarios y no sanitarios. De nada vale la remodelación de estructuras, las normas e instrucciones de organización si no se cuenta con la predisposición de todos los profesionales a incorporar en sus hábitos de trabajo pautas de actuación que tengan presente los criterios de salvaguarda de la privacidad e intimidad del paciente.

En este sentido, la labor de las direcciones-gerencias de las Áreas Hospitalarias no es menos determinante a la hora de conseguir resultados satisfactorios y esta labor pasa por la necesidad de facilitar formación a sus profesionales.

1. Criterios básicos en actitudes

- Las actitudes de los profesionales se rigen por principios de respeto a la dignidad de la persona.

- Los profesionales garantizan la intimidad de los pacientes durante todo el proceso asistencial con todas las medidas a su alcance.

- En la relación con pacientes se adoptan conductas asertivas, en un ambiente relajado y privado, facilitando al paciente todas las herramientas e información para que pueda decidir de forma autónoma y sin presiones sobre el proceso de su enfermedad.

- Los profesionales adoptan actitudes de escucha activa, centrada en las inquietudes del paciente y familiares.

- Los profesionales adoptan modos y posturas que transmiten a los pacientes y familiares el interés del que escucha con el que habla.

[1] Hojas de analítica, de consultas, pruebas radiodiagnósticas, recetas, etcétera.

- Los profesionales utilizan lenguaje comprensivo y adaptado al entorno cultural del paciente y familiares, asegurando que la información ha sido asimilada en la medida adecuada.

2. Criterios básicos de formación:

- Cada Área Hospitalaria tiene elaborado un plan de formación para sus profesionales al objeto de fomentar la modificación de actitudes y comportamientos que potencien la relación de confianza y respeto mutuo entre profesional y pacientes. Esta formación se plasmará en la organización de cursos especializados que deben versar sobre temas tales, como:

  - derecho a la intimidad
  - derecho de acceso a la información.
  - custodia de datos
  - manejo de conflictos
  - el dolor, la muerte, el duelo...
  - habilidades sociales
  - empatía, asertividad…

- Estos cursos se dirigen a los profesionales que estén directamente relacionados con la asistencia, cuidado y atención de pacientes y familiares. En el caso del personal no sanitario, se da preferencia a los profesionales que, por su cometido, están directamente vinculados a Áreas asistenciales o de atención al usuario.

IV. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Los criterios que se han establecido en los distintos apartados constituyen la base sobre la que, los distintos grupos de profesionales, deberán elaborar sus protocolos de actuación.

Muchas de las actividades que se realizan en las Áreas asistenciales, ya sean de facultativos como de enfermeras, responden de alguna manera a un modelo protocolizado o a pautas preestablecidas de actuación. Se trata, por tanto, de incorporar sistemáticamente, a todos los protocolos elaborados los criterios de privacidad e intimidad del Plan de Mejora.

Cada actuación de tipo asistencial o no asistencial protocolizada se revisará a efectos de incorporar los criterios de privacidad e intimidad de este Plan.

Los propios grupos de profesionales, que elaboren o modifiquen los protocolos, establecerán su autoevaluación.

ANEXO

Área Hospitalaria:
Centro:
Localidad:

Plan de actuación sobre: Estructura y Dotación

CRITERIOS	MEDIDAS	FECHA INICIO	TIEMPO DE IMPLANTACIÓN	OBSERVACIONES
Criterio 1				
Criterio 2				
Criterio 3				
Criterio 4				
Criterio 5				
Criterio 6				

ANEXO

Área Hospitalaria:
Centro:
Localidad:

Plan de actuación sobre: Organización

CRITERIOS	MEDIDAS	FECHA INICIO	TIEMPO DE IMPLANTACIÓN	OBSERVACIONES
Criterio 1				
Criterio 2				
Criterio 3				
Criterio 4				
Criterio 5.1.				
Criterio 5.2.				
Criterio 6				
Criterio 7				
Criterio 8				
Criterio 9				

ANEXO

Área Hospitalaria:
Centro:
Localidad:

Plan de actuación sobre: Actitudes y Formación de Profesionales

CRITERIOS	MEDIDAS	FECHA INICIO	TIEMPO DE IMPLANTACIÓN	OBSERVACIONES
Criterio				

ANEXO

Área Hospitalaria:
Centro:
Localidad:

Plan de actuación sobre: Protocolos

ACTIVIDAD[2]	A CREAR[3]	A MODIFICAR[4]	FECHA INICIO	FECHA PREVISTA FINALIZACIÓN

[2] Actividad que se protocoliza o cuyo protocolo se adapta a criterios de intimidad.
[3] Marcar con una X en caso de que la actividad vaya a protocolizarse.
[4] Marcar con una X en caso de que la actividad ya esté protocolizada y vaya a ser modificada.

ATENCIÓN CIUDADANA
PLAN DE LAS PEQUEÑAS COSAS

ACCESO FÍSICO AL CENTRO

Señalización

- Los accesos principales al centro están rotulados con nombre oficial y señalización homologada.

- Todas las carreteras de acceso a la población cuentan con indicadores de las salidas al Hospital. Si el Hospital se encuentra en un centro urbano, las calles cuentan con indicadores que orientan el acceso desde cada una de las salidas de las carreteras hasta la sede del Hospital y, en su caso, de los distintos pabellones.

- Están convenientemente señalizados todas las dependencias interiores y servicios con accesos desde el exterior (urgencias, consultas, Hospitalización, mortuorio, etc.).

- Todas las señales de acceso al Hospital o sus pabellones están en perfecto estado y con cuentan con información actualizada.

- Todas las salidas de emergencias están señalizadas.

- El mantenimiento y actualización de la señalización externa forma parte de un procedimiento regulado de mantenimiento de señalización.

Accesibilidad y seguridad

- El acceso está cubierto por autobuses (desde la población más cercana si está alejado del centro urbano y desde las estaciones de autobuses/RENFE si están en el casco urbano) con salidas/llegadas cada ½ hora como mínimo a lo largo de todo el horario de visitas y consultas externas.

- El centro dispone de paradas de autobús y taxi dentro del recinto.

- El aparcamiento cuenta con iluminación nocturna adecuada.

- Existen plazas reservadas para uso exclusivo de minusválidos, correctamente señalizadas, cercanas a todas las puertas de acceso al interior del Hospital.

- Todos los accesos disponen de iluminación suficiente y acerado para peatones, sin barreras arquitectónicas.

- Se dispone de acceso directo para vehículos cubierto en las puertas de urgencias, consultas, etc.

Pintura y revestimientos

- La/s fachadas del centro están en buen estado. Su cuidado forma parte de un procedimiento regulado que incluye actuación ante incidencias, revisiones y mantenimiento.

LOS ESPACIOS DE USO COMÚN

ENTRADA Y RECEPCIÓN

Señalización, cartelería e información pública

- En todos los accesos al Hospital existen directorios generales que indican los servicios accesibles a los usuarios y no incluyen servicios internos (por ejemplo archivo). Los directorios están en buen estado, cuentan con información actualizada y completa, (incluyen cartera de servicios, profesionales y horarios).
- En todos los accesos al centro existe una señalización específica que indica la prohibición

de consumo de tabaco en el interior del recinto.

- Los dispositivos de atención al usuario están adecuadamente señalizados. La señalización está en buen estado y la información está actualizada.

- Las informaciones de carácter interno (convocatorias, congresos, información sindical, etc.) no se exhiben en ningún lugar público. Tampoco se exhiben carteles o anuncios comerciales.

- El mantenimiento y actualización de la señalización, cartelería e información pública forma parte de un procedimiento regulado en el que se especifica el responsable, se establecen los criterios homogéneos para la información dirigida a usuarios (modelos y formatos, lenguaje e identificación corporativa), se definen los soportes adecuados (metacrilato) y se establecen los mecanismos de retirada de información obsoleta o inadecuada.

Accesibilidad y seguridad

- Todas las entradas de usuarios cuentan con acceso para personas con dificultades deambulatorias.

- La pavimentación de accesos está diseñada para evitar caídas y molestias. Las escaleras cuentan con firme antideslizante o disponen de bandas. Las escaleras cuentan con pasamanos. Se dispone de alfombras antideslizantes para la lluvia.

- Como mínimo, disponen también de una zona diferenciada de recepción las entradas de urgencias y –cuando existan entradas independientes- las consultas externas, rehabilitación y admisión.

- Todas las zonas de recepción cuentan con teléfonos públicos y servicios (WC), adaptados a minusválidos, o bien éstos se encuentran cerca y su localización está indicada.

- El mostrador tiene una zona adaptada para la atención a personas en sillas de ruedas, o bien dispone de mesas en las que pueden ser atendidas. Cuentan con mostrador o mesas de atención con al menos 1 punto de atención con el sobre a 90 cm. de altura o menos.

- El Hospital cuenta con cajas de seguridad y un protocolo de custodia de valores que aseguran la protección de los bienes del paciente ingresado y la protección del Hospital en caso de conflicto. El registro de objetos está abierto 24h.

Mobiliario y pequeño equipamiento

- El interior del Hospital no cuenta con ceniceros: los únicos ceniceros a la vista de los usuarios se sitúan fuera del recinto, en las entradas y en espacios destinados a fumadores (si el Hospital dispone de zonas específicas y bien señalizadas para ello).

- Las zonas de recepción cuentan con sillas/sillones cómodos, en buen estado de conservación y en número suficiente para la población que lo pueda necesitar.

- Todos los elementos decorativos y los objetos de uso público (contenedores de documentos, bandejas, buzones, papeleras, etc.) están realizados en materiales con buena presencia y están en buen estado de conservación.

- Su mantenimiento forma parte un procedimiento regulado para el cuidado del mobiliario, cambio del que esté en mal estado, y la reparación de pequeños desperfectos en el que se especifica el responsable, y se establecen los criterios de actuación.

Condiciones ambientales confortables

- La/s entradas y los espacios de recepción cuentan con elementos de climatización adecuados para asegurar la confortabilidad en las condiciones meteorológicas habituales

en la zona, así como con iluminación, acústica y ventilación adecuadas.

Pintura y revestimientos

- La pintura y revestimientos están en buen estado. Su mantenimiento forma parte de un procedimiento regulado sobre este tema, en el que se especifica el responsable, y se establecen tanto los criterios para resolución de incidencias como de revisión y mantenimiento general.

PASILLOS

- Los pasillos cuentan condiciones de climatización adecuados para asegurar la confortabilidad en las condiciones meteorológicas habituales en la zona, así como con iluminación, acústica y ventilación adecuadas.

- La pintura o revestimientos están en buen estado.

- Están adecuadamente señalizados: indican los servicios a los que conducen, la señalización está en buen estado y la información está actualizada.

- El mantenimiento del buen estado de los pasillos forma parte de un procedimiento regulado sobre señalización, mantenimiento de pintura y revestimientos y cuidado del mobiliario.

CONSULTAS EXTERNAS EN EL HOSPITAL (aspectos específicos)

Señalización, cartelería e información pública

- El acceso a las consultas está adecuadamente señalizado a partir de la/las entrada/s al centro.
- Los paneles de información están en buen estado de conservación y su información está actualizada.

Accesibilidad

- El acceso físico a todas las consultas no tiene barreras arquitectónicas o cuenta con dispositivos para el acceso a personas con dificultades deambulatorias.
- Disponen cerca de teléfono público y WC adaptado a minusválidos, y su localización está convenientemente señalizada.
- En los aseos existe una zona adecuada para el cambio de pañales de bebé, y su localización está convenientemente señalizada.

Condiciones ambientales confortables

- Los espacios de espera, pasillos y consultas cuentan con elementos de climatización adecuados para asegurar la confortabilidad en las condiciones meteorológicas habituales en la zona, así como con iluminación, acústica y ventilación adecuadas.

Mobiliario y pequeño equipamiento

- Las zonas espera cuentan con sillas/sillones cómodos, en buen estado de conservación y en número suficiente para la población que lo pueda necesitar, incluso en hora punta.

- Todos los elementos decorativos y los objetos de uso público (contenedores de documentos, bandejas, buzones, papeleras, etc.) están realizados en materiales con buena presencia y están en buen estado de conservación.

- Las consultas que disponen de camilla para exploración cuentan con cortinas o biombo de separación entre el espacio de atención y la zona de exploración. En la zona de exploración existe un perchero para que el paciente pueda colocar su ropa.

- Las camillas de exploración disponen de un peldaño para subir. Existen percheros en buen estado de conservación para que el paciente pueda colocar su ropa en la/s zona de exploración.

- Las consultas cuentan con una mesa, dos sillas para profesionales y dos sillas para usuarios.

- Su mantenimiento forma parte un procedimiento regulado para el cuidado del mobiliario, cambio del que esté en mal estado, y la reparación de pequeños desperfectos en el que se especifica el responsable, y se establecen los criterios de actuación.

Pintura y revestimientos

- La pintura y revestimientos están en buen estado. Su mantenimiento forma parte de un procedimiento regulado sobre este tema, en el que se especifica el responsable, y se establecen tanto los criterios para resolución de incidencias como de revisión y mantenimiento general.

HOSPITALIZACIÓN (aspectos específicos)

Mobiliario y pequeño equipamiento

- Las habitaciones compartidas cuentan con cortinas, biombos u otros sistemas de separación, en buen estado de conservación, que permiten la privacidad visual para la atención de los pacientes.

- Todas las habitaciones disponen de teléfonos de entrada y salida al alcance de los pacientes (incluso encamados), con limitaciones a la comunicación con el exterior únicamente para garantizar el descanso nocturno.

- Todas las habitaciones cuentan con mobiliario adecuado, cómodo y en buen estado de conservación para la atención a pacientes y acompañantes. El mobiliario incluye:

  - Armarios o taquillas individuales, que pueden cerrarse con llave
  - Mesitas
  - Sillones reclinables de acompañante, anatómicos, con respaldo alto y reposapiés,
  - Cortinas o persianas que pueden se bajadas por los usuarios.
  - Las habitaciones disponen de lámparas para lectura al alcance de cada paciente.

- Todos los elementos decorativos y los objetos de uso público (contenedores de documentos, bandejas, buzones, papeleras, etc.) están realizados en materiales con buena presencia y están en buen estado de conservación.

- El menaje de las bandejas incluye:

  - platos cerámicos, tazas, vasos
  - cubiertos de acero inoxidable o bien de un sólo uso, envueltos en bolsas de plástico individuales.
  - Boles térmicos
  - Bandejas isotérmicas

Todos los elementos del menaje están en perfecto estado de conservación.

- La ropa plana (sábanas, colchas toallas y mantas) está en buen estado de conservación.

- Los pijamas y batas son adecuados para la talla de los pacientes. Facilitan la atención sanitaria (la amplitud de las mangas, por ejemplo, permite la toma de constantes, etc.) El diseño de las prendas impide la exhibición accidental del cuerpo del paciente y están en buen estado de conservación.

- En los ingresos urgentes, el Hospital entrega una bolsa especialmente diseñada para guardar la ropa y pertenencias del paciente.

- En cualquier ingreso, se entrega a cada paciente una bolsa de aseo personal con un equipamiento básico, así como toallas.

- El mantenimiento del mobiliario y pequeño equipamiento forma parte procedimientos regulados para su cuidado, cambio del que esté en mal estado, y la reparación de pequeños desperfectos en el que se especifica el responsable, y se establecen los criterios de actuación.

Pintura y revestimientos

- La pintura y revestimientos están en buen estado. Su mantenimiento forma parte de un procedimiento regulado sobre este tema, en el que se especifica el responsable, y se establecen tanto los criterios para resolución de incidencias como de revisión y mantenimiento general.

Limpieza/higiene

- La presentación de las prendas recién traídas de la lavandería es adecuada en limpieza, planchado (en su caso) y suavidad.
- Todos los elementos del menaje están en perfecto estado de limpieza.
- La limpieza de habitaciones y servicios es correcta.

LA ATENCIÓN AL MENOR (aspectos específicos)

Pintura y revestimientos

- Las zonas de recepción, pabellones, plantas o alas habilitadas exclusivamente para niños tienen revestimientos en perfecto estado de conservación y adornos de colores alegres y con motivos infantiles.

Mobiliario y pequeño equipamiento

- Todas las habitaciones del Área infantil cuentan con mobiliario adecuado y cómodo para niños que incluye el siguiente equipamiento, además de la cama o cuna.

  - Armario o taquilla individual.
  - Mesita
  - Cortinas o persianas que pueden ser bajadas por los usuarios.

- Todas las habitaciones están equipadas con uno de los siguientes elementos para el descanso nocturno de los acompañantes: sillón cama, cama o sillón anatómico reclinable con reposapiés.

- Se proporcionan al niño elementos de aseo que incluyen: toalla de ducha, toalla de lavabo, gel, cepillo de dientes, champú y colonia.

- La ropa plana (sábanas, colchas y mantas) y la ropa de forma (pijamas, etc.) que se utiliza para niños:

  - Es de colores alegres y motivos infantiles.
  - Es siempre adecuada a los tamaños de las camas/cunas
  - Las tallas de los pijamas se adecuan al tamaño de los niños.

ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO DE PARTO (aspectos específicos)

Mobiliario y pequeño equipamiento

- Las sillas de exploración disponen de un peldaño o similar para subir cómodamente.
- Las habitaciones del Área de puérperas:
  - Cuentan con un sillón cómodo para amamantar.
  - La cuna del recién nacido está al lado de la madre y accesible desde la cama.

ANEXO
GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

RED DE ALERTAS DE SALUD PÚBLICA. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Objetivo 2005-2008
El Hospital mejorará la cobertura y calidad del programa EDO

Objetivo 2008
El Hospital declarará el 100% de los casos de enfermedades infecciosas incluidas en la lista de EDO cuyo diagnóstico haya sido confirmado

Indicador
Número de casos de EDOs declarados x 100 / Número de casos de EDO confirmados

Objetivo 2008
El Hospital dispondrá de un Sistema de Información donde se recogerán el 100% de los casos de nuevas infecciones por VIH

Evaluación
Auditoría

Indicador
Nº de casos nuevos de VIH registrados x 100 / Nº de casos confirmados por laboratorio (periodicidad trimestral)

Objetivo 2008
El Hospital comunicará al Distrito de AP los resultados del 100% de los casos remitidos para la confirmación diagnóstica de infección por VIH

Indicador
Número de resultados comunicados al Distrito x 100 / Número de casos remitidos al Hospital para su confirmación

Objetivo 2008
El Hospital realizará el grupado del 100% de las neisserias meningítidis aisladas

Evaluación
Informe semanal de la Consejería de Salud

Indicador
Nº de casos de n. meningitidis tipadas o grupadas x 100 / Nº de n. meningítidis aisladas

Objetivo 2008
El Hospital realizará la pauta adecuada de vacunación al 100% de niños nacidos de madres portadoras de VHB

Indicador
Nº niños con pauta de vacunación adecuada / Nº de embarazos a término con serología + a VHB

Objetivo 2008
El Hospital garantizará junto con el Distrito de A.Primaria la monitorización del tratamiento de la tuberculosis, alcanzando a finales de 2008 que al menos el 70% de los casos notificados en 2007 dispongan de registro de finalización de tratamiento

Indicador
Número de casos con registro de final de tratamiento / Número de casos declarados en 2007 x 100

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

SEGURIDAD ALIMENTARIA

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
SEGURIDAD ALIMENTARIA

Objetivo 2005-2008
El Hospital implantará en su actividad de restauración colectiva un sistema de autocontrol basado en los principios del APPCC

Objetivo 2008
El responsable de la cocina del Hospital participará en el curso organizado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre sistemas de autocontrol

Evaluación
Asistencia de los responsables de las cocinas al curso

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

ATENCIÓN A LA MUJER Y AL NIÑO

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER Y AL NIÑO

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará el cumplimiento del Decreto 101/95 de 18 de Abril

Objetivo 2008
El Hospital velará por un adecuado funcionamiento del Sistema de Identificación del Recién Nacido, garantizando la vinculación madre-hijo en la totalidad de los partos

Indicador
% de RN Identificados mediante el sistema establecido por el SAS
% de RN con lactancia materna al alta / total de RN

Objetivo 2008
El Hospital asegurará una adecuada estructura física que permita la presencia del padre (o acompañante) en el parto y los mecanismos de información que permitan comunicar cuando dicha presencia no sea pertinente y garantizará la permanencia del recién nacido junto a la madre en todo momento

Indicador
Número de reclamaciones generadas por este concepto

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará la accesibilidad de todas las mujeres a la anticoncepción de emergencia, poniendo especial énfasis en que este derecho no sufra menoscabo durante fines de semana por situaciones de objeción de conciencia de los profesionales

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la dispensación de anticoncepción de emergencia a las mujeres que la solicitan e informará sobre la oferta de servicios de planificación familiar

Indicador
Información al 100% de mujeres atendidas (el tipo de información debe ser oral y por escrito)

Objetivo 2005-2008
El Hospital evaluará el porcentaje de cesáreas e implantará en su caso las actuaciones necesarias para ajustarse a las indicaciones reconocidas por las entidades científicas implicadas

Indicador
Número de cesáreas x 100 / (total de partos + cesáreas)

Objetivo 2005-2008
El Hospital ofertará la analgesia epidural para todos los partos que no tengan contraindicación clínica

Objetivo 2008
El Hospital realizará con analgesia epidural al menos 50% del total de partos

Indicador
Número de partos con analgesia epidural x100 / Número de partos por vía vaginal

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER Y AL NIÑO

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales garantizarán el adecuado funcionamiento de los programas de detección precoz de metabolopatías

Objetivo 2008
Los Hospitales que procesan las muestras de sangre de los recién nacidos, asegurarán una notificación inmediata en caso de resultados patológicos y una notificación antes de 30 días en resultados de normalidad. Los laboratorios deberán disponer de los resultados antes de 15 días tras la obtención de la muestra

Indicador
I. Promedio de tiempo transcurrido entre el resultado del análisis de las muestras y la notificación a los padres del recién nacido para cada uno de los laboratorios de metabolopatías
II. Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestra y la disponibilidad de resultados

Objetivo 2007-2008
Los Hospitales irán adoptando las medidas oportunas para garantizar el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 246/2005

Objetivo 2008
Durante el año 2008 el Hospital, desarrollará cada uno de los aspectos contenidos en el Decreto siguiendo las recomendaciones de la guía elaborada por el Dirección General de Asistencia Sanitaria

Evaluación
Según criterios establecidos en la guía

Objetivo 2007-2008
Todos los Hospitales pondrán en marcha o consolidarán el programa de detección precoz de hipoacusia

Objetivo 2008
Los Hospitales de Riotinto y Carlos Haya iniciarán el programa de hipoacusia

Evaluación
Anual. Base de datos metabolopatías

Objetivo 2008
Los Hospitales registraran la información derivada de la detección precoz de hipoacusia en todos los recién nacidos

Indicador
Número de RN con pruebas /total de RN

Evaluación
Anual. Base de Metabolopatías
.

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

ACTUACIÓN SANITARIA EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y DETECCIÓN DE MALOS TRATOS

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
ACTUACIÓN SANITARIA EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y DETECCIÓN DE MALOS TRATOS

Objetivo 2005-2008
El Hospital mejorará la implantación del programa de detección de malos tratos

Objetivo 2008
En los casos de malos tratos y agresiones sexuales, el Hospital deberá cumplimentar el parte de lesiones específico destinado a tal fin y asegurará el archivo y/o codificación de estos partes de forma separada al resto de partes de lesiones

Evaluación
Auditoría

Indicador
Número de partes emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a mujeres
Número de partes emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a niños/niñas

ANEXO
ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que durante 2008 no haya ningún paciente con más de 120 días, de espera, para aquellos procedimientos que se contemplan en la Orden de 20 de diciembre 2006, que reduce los plazos de respuesta quirúrgica.

Indicador
Número de pacientes en espera de más 120 días con procedimientos incluidos en la Orden de 20 de diciembre 2006 de modificación de los plazos de respuesta quirúrgica

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que durante el año 2008 no haya ningún paciente incluido en AGD con más de 180 días de espera

Indicador
Número de pacientes en espera de más 180 días
(Para todo el AGD y para los procesos quirúrgicos establecidos en el Decreto 209/2001)

Objetivo 2008
El Hospital disminuirá el porcentaje de intervenciones suspendidas tal y como se recoge en el objetivo establecido al efecto:
Hospitales del grupo 1 < 4%
Hospitales del grupo 2 < 3%
Hospitales de los grupos 3 y 4 < 3,5%

Indicador
Número de intervenciones suspendidas de cirugía mayor con y sin ingreso x 100 / (Número total de intervenciones de cirugía mayor con y sin ingreso realizadas + suspendidas)

Objetivo 2008
El Hospital tendrá un índice de utilización de quirófanos igual o superior al 82%

Indicador
Número de horas de quirófano utilizadas x 100 / número de horas de quirófano disponibles (hace referencia a las intervenciones de los ingresos programados y de cirugía mayor ambulatoria)

Objetivo 2008
El Hospital aumentará el total de actividad quirúrgica programada mediante el incremento de la CMA y de la cirugía programada con ingreso. El objetivo de cada centro se ajustará en función de la actividad desarrollada en el 2007

Indicador
Actividad en cirugía programada con ingreso y CMA. SICPRO

Objetivo 2008
El Hospital deberá cooperar en la formación que facilite la realización de cirugía menor ambulatoria en Atención Primaria

Objetivo 2008
El Hospital no superará el número de pacientes en situación de suspensión temporal en más del 6% para el grupo I, 5% para el grupo II, 4% para los grupos III y IV de los pacientes totales del Anexo I del Decreto 209/2001.

Indicador
Número de pacientes en suspensión temporal de Anexo x 100 / Nº de pacientes de Anexo.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Objetivo 2008
El Hospital deberá mantener una ratio de gestión de entradas / salidas en el Registro de Demanda Quirúrgica igual o inferior a 1

Indicador
Número de inscripciones totales mensuales en el Registro de Demanda Quirúrgica / salidas totales (intervención + firma anexo III + exitus) mensuales en el Registro de Demanda Quirúrgica

Objetivo 2008
Deberá mantenerse en un IINDA, obtenido mensualmente por el Programa COHEASIST, con un valor inferior o igual a 1

Indicador
(IINDA) Indice de indicaciones ajustado = Indicaciones Quirúrgicas Observadas / Indicaciones Quirúrgicas Esperadas

Objetivo 2008
Deberá mantenerse en un ISAP obtenido mensualmente por el Programa COHEASIST, con un valor superior o igual a 1

Indicador
(ISAP) Indice de Salidas por Intervención realizadas con Recursos Propios = Salidas por Intervención realizadas con Recursos Propios Observadas / Salidas por Intervención realizadas con Recursos Propios Esperadas)

Objetivo 2008

El Hospital realizará actividad quirúrgica programada en horario de Continuidad Asistencial. Dicha actividad se considerará como realizada con recursos propios en todos los indicadores.

Indicador

Salidas por intervención por la modalidad de Continuidad Asistencial por especialidad. AGD

Objetivo 2008

El Hospital garantizará que se cumplimente correctamente la variable de modalidad de intervención (Ordinaria, Extraordinaria y Continuidad Asistencial), al dar de baja de la Aplicación para la Gestión de la Demanda a los pacientes intervenidos.

Indicador
Nº de pacientes intervenidos en horario de actividad ordinaria, extraordinaria y continuidad asistencial. Comprobación a través de las salidas de AGD.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA (CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA)

Objetivo 2008	Intervenciones
Liberación de túnel	
Escisiones tiroideas parciales	
Extirpación de lesión importante del parpado o de cualquier lesión con reconstrucción del parpado	
Operaciones sobre el aparato lacrimal	
Trabeculectomía desde el exterior	
Cirugía del estrabismo	
Cataratas	
Vitrectomía	
Operaciones sobre oído medio	
Intervenciones de pirámide nasal	
Extracción quirúrgica de diente	
Escisión de lesión de maxilar, de origen dentario	
Reparación de labio fisurado	
Hipertrofia crónica de amígdalas	
Nódulos de cuerdas vocales	
Varices de miembros inferiores	
Acceso vascular para hemodiálisis	
Fisura y fístula anal	
Hemorroides	
Colecistectomía	
Extracción endoscópica de cálculos biliares	
Hernias de la pared abdominal unilaterales o únicas sin injerto ni prótesis	
Hernias de la pared abdominal bilaterales y hernias de la pared abdominal unilaterales o únicas con injerto y/o prótesis	
Hernia diafragmática	
Cistostomía percutánea	
Resección endoscópica de lesión de vejiga	
Escisión endoscópica o destrucción de lesión o tejido uretral	
Liberación de estenosis uretral	
Operaciones sobre uréter	
Biopsia cerrada de próstata	
Operaciones sobre escroto y túnica vaginal, testículos y cordón espermático	
Esterilización mediante vasectomía	
Fimosis en edad pediátrica	
Operaciones sobre ovarios y trompas (con extirpación)	
Operaciones sobre ovarios y trompas (resto)	
Intervenciones sobre el cuello uterino	
Procedimientos diagnósticos sobre el útero y sus estructuras de soporte	
Miomectomía uterina	
Legrado uterino	
Reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo	
Hallux valgus y otras deformaciones de los dedos del pie	
Extracción de material de osteosíntesis	
Artroscopia	
Escisión de menisco de rodilla	
Glanglionectomía, dupuytren y otras operaciones sobre mano	
Otras intervenciones sobre tejidos blandos	
Tumores benignos de mama	
Quiste pilonidal	

Objetivo 2008	Intervenciones
Extirpación radical de lesión de piel o extirpación no radical de lesión de piel con reparación plástica	
Reservorios cutáneos	
Operaciones sobre lengua	
Otras intervenciones sobre hueso	
TOTAL	

Indicador
Número de procesos realizados en cada epígrafe

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS

Objetivo 2005-2008
No habrá pacientes con cita asignada por encima de 60 días y sin cita asignada por encima de 30 días desde la fecha del registro de la solicitud, en las Especialidades incluidas en el Decreto

Indicador
% de pacientes con cita > 60 días = 0
% de pacientes sin cita asignada >30 =0

Objetivo 2008
El Hospital y el Distrito de Atención Primaria mediante el Comité de Mejora, realizarán reuniones periódicas

Evaluación
Remisión a los SSCC de las actas trimestrales
Indicador: nº de actas/año

Objetivo 2008
El Hospital y el Distrito de Atención Primaria, observarán la evolución de los Pactos de derivación de consultas

Indicador
% desviación respecto al estándar

Objetivo 2008
El 60% de las citas de consultas procedentes de Atención Primaria, se les debe asignar cita en el tramo de 0 a 40 días

Indicador
El nº de citas procedentes de Atención Primaria, para especialidades del Decreto, en los tramos de 0 a 40 días./Total de citas* 100

Objetivo 2008
Durante el año 2.008 el 100% de las citas de consultas se gestionarán a través del módulo de citación DIRAYA

Indicador
Σ (Nº de citas asignadas de AP+ interconsultas + revisiones) en DIRAYA / Σ (nº de total de citas asignadas de AP. + interconsultas + revisiones) en Diraya y HIS x 100

Objetivo 2008
Las solicitudes de consulta procedentes de Atención Primaria sin asignación de citas, no deben superar los 30 días hasta la fecha de asignación

Indicador
Nº de solicitudes diferidas que estén en el tramo de >30 días desde la fecha de inscripción en registro

Objetivo 2008
El derecho a la Libre Elección de Especialista supondrá al menos la oferta Atención Primaria de una agenda por cada especialidad

Indicador:
Nº de agendas por especialidad ofertadas a Atención Primaria para Libre Elección

Objetivo 2008
El 10% de la actividad de 1ª Consultas, se realizará a través del modelo de ACTO UNICO

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS

Indicador
Nº de consultas en régimen de acto único de 1ª Consultas / total de 1ª consultas realizadas * 100

Objetivo 2008
La Actividad por Continuidad Asistencial abarcará, como mínimo, el 6% de la actividad ordinaria

Indicador
Actividad por Continuidad Asistencial / Total Actividad Ordinaria x 100

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

ACCESIBILIDAD EN EL AREA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD EN EL AREA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Objetivo 2005-2008
No habrá pacientes con cita asignada por encima de 30 días y sin cita asignada por encima de 10 días desde la fecha del registro de la solicitud, en las Especialidades incluidas en el Decreto

Indicador
Nº de pacientes con cita asignada > 30 días por especialidad/Nº Total de pacientes con cita asignada por especialidad x 100
Nº de pacientes sin cita asignada > 10 días por especialidad/Nº Total de pacientes sin cita asignada por especialidad x 100

Objetivo 2008
El 100% de las agendas de Pruebas funcionales de la Cartera de Servicios del Hospital se gestionará en DIRAYA

Indicador
Nº de citas de Pruebas Funcionales asignadas en el módulo de citación de DIRAYA / nº de citas asignadas de Pruebas Funcionales totales x 100

Objetivo 2008
La información de PP.DD. remitidas de los HIS y de los RIS (remisión semanal), además de la obtenida directamente de DIRAYA, deberá abarcar la correspondiente a su cartera de servicio

Evaluación
Comparación de la información remitida con la cartera de servicios

Objetivo 2008
El 50% de las asignaciones de cita para PP.DD se harán en el tramos de 0 a 15 días

Indicador
Nº de citas asignadas por Prueba en el tramo de 0 a15 días / Total de citas asignadas por Pruebas x 100

Objetivo 2008
La Actividad por Continuidad Asistencial abarcará, como mínimo, el 6% de la actividad ordinaria

Indicador
Actividad por Continuidad Asistencial / Total Actividad Ordinaria x 100

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO
Objetivos y Cuadro de Mandos

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Objetivo 2005-2008
En el periodo 2005-2008 se implantarán todos los procesos asistenciales incluidos en los mapas de procesos

Objetivo 2008
Al final de 2008 deberán estar implantados 22 procesos asistenciales, debiendo incluir todos los obligatorios

Evaluación
Existencia de anexo II y arquitectura 4

Indicador
Número de procesos implantados: 50% del peso total

Objetivo 2005-2008
Al final del 2008 se habrá implantado la mejora continua en al menos la mitad de los procesos asistenciales incluidos en los mapas

Objetivo 2008
Al final del 2008 se habrán realizado cuadros de mando en 10 procesos asistenciales

Evaluación
El cuadro de mando deberá ser realizado con carácter anual y remitido antes del 20 de enero de 2009

Indicador
Número de cuadro de mando realizado: 50% del peso total

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Cuadro de mando PAI

Cuadro de mando 2008

Distrito-Hospital:

Proceso:

							Fecha de evaluación:			**Fecha de evaluación:**		
							Periodo evaluado:			**Periodo evaluado:**		
		Fuente de datos										
				Otras (especificar)			**AP**			**AE**		
Normas de calidad	**Indicador**	**AP**	**AE**	**AP**	**AE**	**Standard**	nº pacientes	% cumplimientos	IC 95%*	nº pacientes	% cumplimientos	IC 95%*
		TASS Diray	HC									
		TASS Diray	HC									

Análisis de Mejora:

Propuesta de Mejora:

Fecha próxima evaluación:

* solo para resultados procedentes de muestras

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Personalización en la Atención Clínica

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará la asignación de una enfermera referente de cuidados del paciente

Objetivo 2008
El Hospital continuará organizando los servicios de enfermería de forma que asegure la personalización de los cuidados y la valoración inicial mediante asignación primaria, en todas las Unidades de Hospitalización

Evaluación
Se elaborará y remitirá a la DGAS (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados) un informe que especifique la situación en relación con la implantación en el Hospital de la personalización de los cuidados. Se remitirá a la DRDIC. Noviembre

Indicador
Número de pacientes con valoración inicial realizada por la enfermera de referencia X 100/ Número de pacientes Hospitalizados. Se remitirá a la DRDIC. Junio y Noviembre

Objetivo 2008
El Hospital , al menos en un 80% de los casos ,llevará a cabo el Plan de Cuidados Individualizado al paciente Hospitalizado

Indicador
Número de pacientes con Plan de Cuidados Individualizado x 100 / Número de pacientes ingresados. Se remitirá a la DRDIC. Junio y Noviembre

Objetivo 2008
El Hospital, utilizará un sistema de tarjetas situadas próximas al paciente con el nombre de su médico responsable y de la enfermera y la auxiliar de enfermería de referencia que lo van a cuidar.
Las enfermeras y auxiliares asociadas realizarán las actividades necesarias en ausencia de la enfermera y auxiliar de referencia e igualmente se identificarán ante el paciente y el familiar

Evaluación
Se incluirá en el informe de personalización de los cuidados de las unidades antes referidas. Se remitirá a la DRDIC. Noviembre

Continuidad de Cuidados de Enfermería

Objetivo 2005-2008
El Hospital se coordinará con los Distritos Sanitarios para el desarrollo de las Comisiones de Cuidados de Enfermería de Área

Evaluación
Se remitirá a la DGAS (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados) un informe anual con los acuerdos alcanzados, propuestas de mejora y resultados obtenidos, de manera conjunta con el Distrito (envío único del Presidente de la Comisión de Cuidados). Se remitirá a la DRDIC. Noviembre

Objetivo 2005-2008
El Hospital se coordinará con los Distritos Sanitarios para el desarrollo de Guías de Actuación Compartida (GAC) para el abordaje sistemático de problemas que necesiten continuidad de cuidados

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Objetivo 2008
La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área revisará las guías elaboradas el año anterior, atendiendo al anexo adjunto en este Contrato Programa, y desarrollará las medidas necesarias para su desarrollo
Evaluación
Se remitirá a la DGAS (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados) las guías revisadas. Así como el informe de implantación de las mismas según los criterios que aparecen en el Anexo. Se remitirá a la DRDIC. Noviembre-

Objetivo 2005-2008
El Hospital aumentará anualmente el porcentaje de pacientes con Informes de Continuidad de Cuidados al alta

Objetivo 2008
El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a Atención Primaria en un periodo menor de 48 horas los informes de continuidad de cuidados (no manuscritos).
Se priorizará el envío del ICC, en las primeras 24 horas tras el alta, en aquellos pacientes con los diagnósticos de Déficit de Autocuidado, Deterioro de la Movilidad Física, Deterioro de la integridad cutánea, Conocimientos deficientes de su proceso, manejo inefectivo del régimen terapéutico, dolor crónico, afrontamiento familiar comprometido o cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

Objetivo 2008
El Informe de Continuidad de Cuidados se elaborará al menos en el 80% de los pacientes Hospitalizados

Indicador
Nº de ICCE emitidos en el período x 100/ Nº de altas totales producidas en el Hospital. Comprendido de Enero a Octubre. Se remitirán datos a la DRDIC. Junio y Noviembre

Objetivo 2005-2008
El Hospital junto con el Distrito deberá realizar encuentros para exponer las experiencias conjuntas en relación con el desarrollo e innovación en Continuidad de Cuidados de Enfermería

Objetivo 2008
El Hospital realizará junto con el Distrito un foro de encuentro para exponer los resultados en relación con la continuidad de cuidados de enfermería

Evaluación
Se enviará a la DRDIC el programa de la actividad desarrollada en Noviembre
Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará la coordinación con el Distrito Sanitario para la planificación del alta hospitalaria en aquellos pacientes que lo requieran

Objetivo 2008
La Enfermera Gestora de Casos en Hospital /Enfermera Supervisora de la Unidad / Enfermera referente se pondrá en contacto con la Enfermera Gestora de Casos en A. Primaria para la planificación conjunta del alta

Evaluación
Número de altas planificadas con Atención Primaria. Junio y Noviembre

Objetivo 2005-2008
El Hospital llevará a cabo las acciones necesarias para el desarrollo del "Plan de seguimiento

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

telefónico al alta"

Objetivo 2008
El Hospital enviará las altas susceptibles de seguimiento telefónico al servicio Salud Responde en fines de semana y vísperas de festivos

Evaluación
Aplicación web seguimiento telefónico al alta

Visita prequirúrgica

Objetivo 2005-2008
El Hospital asegurará la implantación de un programa de visita prequirúrgica por parte de la enfermera de quirófano y reanimación postquirúrgica a aquellos pacientes con intervenciones programadas

Objetivo 2008
El hospital desarrollará el protocolo de visita prequirúrgica para aquellos pacientes con intervenciones programadas regladas con ingresos de mas de 24 horas en al menos en el 70% de las intervenciones

Evaluación
Remisión a la DGAS (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados) del protocolo e informe de implementación
Envío de datos a la DRDIC en noviembre

Indicador
Número de visitas prequirúrgicas a pacientes con intervención quirúrgica reglada realizadas x 100/ Número de intervenciones quirúrgicas regladas. Se remitirá a la DRDIC. junio y noviembre

Atención a las Personas Cuidadoras Familiares

Objetivo 2005-2008
El Hospital asegurará la implantación del Plan de mejora de la Atención a las personas Cuidadoras Familiares en Andalucía en especial para las personas cuidadoras de pacientes grandes discapacitados (CGD)

Objetivo 2008
El Hospital pondrá en marcha nuevas medidas de discriminación positiva dirigidas a este grupo de personas (CGD)

Evaluación
Remisión a la DGAS (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados) de Informe de puesta en marcha donde se describan qué nuevas medidas se han implantado y su evolución. Se remitirá a la DRDIC. Diciembre

Cooperación asistencial

Objetivo 2005-2008
El Hospital reducirá el número de ingresos evitables en los procesos susceptibles de ser resueltos en los servicios de Atención Primaria mediante un adecuado tratamiento protocolizado interniveles

Objetivo 2008
El Hospital identificará, evaluará y clasificará de entre los pacientes pluripatológicos, frágiles y crónicos a aquellos con episodios de reagudización con mas de tres ingresos en los seis últimos meses y remitirá trimestralmente un listado de los mismos al Distrito.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Los Centros de Salud adoptarán junto con el Hospital las medidas de actuación necesarias para evitar estos reingresos

Evaluación
Se enviará a la DRDIC el protocolo de actuación o la GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA (GAC) elaborada junto con el Distrito, según el Anexo adjunto en este Contrato Programa, que delimiten las medidas de actuación necesarias con este tipo de pacientes en uno y otro nivel de atención. Junio

Indicador
Nº de pacientes pluripatológicos, frágiles, identificados y remitidos al Distrito x 100/ Nº total de ingresos en el Hospital . Junio y noviembre

Objetivo 2008
El Hospital, en el informe de alta, enviará a los Centros de Salud el nombre y teléfono de contacto del médico, enfermera y trabajador social del centro en el caso de los pacientes de más de 65 años y/o afectados por un proceso crónico en el Hospital

Indicador
Nº de derivaciones con los datos de identificación de profesionales asociados al centro de salud de referencia

Objetivo 2008
El Hospital proveerá al Distrito de AP (sin intervención de los usuarios) de aquellos materiales necesarios para el tratamiento domiciliario de los pacientes, que por sus características específicas no estén incluidos en los catálogos de material de AP y que el Distrito comunicará al Hospital

Evaluación
Envío de los circuitos establecidos con AP y listado de material suministrado a estos SSCC. Noviembre

Objetivo 2005-2008
El Hospital continuará monitorizando junto con el Distrito a aquellos pacientes con un alto índice de utilización de consultas de especialistas que podrían disminuir mediante un tratamiento protocolizado en AP. El Hospital identificará, evaluará y clasificará a dichos pacientes (pluripatológicos, frágiles, crónicos con episodios de reagudización, etc.) y remitirá mensualmente un listado de los mismos al Distrito

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará el acceso a pruebas diagnósticas desde las consultas de Atención Primaria, según la implantación de los procesos asistenciales integrados

Evaluación
Firma y seguimiento del Acuerdo de Gestión entre Hospitales y Distrito

Indicador
nº de pruebas diagnósticas solicitadas desde AP X 100 / nº de pruebas diagnósticas incluidas en Acuerdo de Gestión Hospital - Distrito

Objetivo 2005-2008
Todos los servicios clínicos del Hospital tendrán establecidos circuitos que permitan a los profesionales de AP el contacto fluido con los especialistas a los que derivan pacientes para interconsulta

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Objetivo 2008
El Hospital tendrá operativos procedimientos que faciliten las funciones de consultoría (presencial, telefónica o telemática) de las ZBS en las especialidades a las que es posible la derivación para interconsulta desde AP

Evaluación
Análisis de los procedimientos de acceso a la consultoría para cada consulta especializada incluida

Indicador
Nº de especialidades que tienen establecidas consultorías / Nº total de especialidades a las que puede derivar AP

Objetivo 2008
Se potenciarán protocolos conjuntos de actuación y tratamiento en las urgencias más frecuentes que, presumiblemente, requieran atención en los dos niveles asistenciales

Evaluación
Existencia de los protocolos conjuntos

Objetivo 2008
El Hospital podrá solicitar a los dispositivos de Atención Primaria que los pacientes dados de alta por el servicio de urgencias hospitalarias, que así lo requieran, sean atendidos en consulta o en domicilio en menos de 48 horas por dichos dispositivos, para lo cual deberán garantizar el envío de la información necesaria al Centro de Salud correspondiente, preferentemente por teléfono o fax. El Centro de Salud se compromete a garantizar dicha asistencia

Objetivo 2005-2008
El Hospital en establecerá los criterios clínicos y los procedimientos organizativos para que los pacientes anticoagulados con acenocumarol, estables, puedan seguir la terapia de mantenimiento en los Centros de Salud

Objetivo 2008
Los pacientes anticoagulados con acenocumarol que sigan terapia de mantenimiento y controles de coagulación en los Centros de Salud, conforme a los criterios clínicos establecidos, deberán representar al menos el 70% del total

Indicadores
Número de pacientes anticoagulados transferidos a AP x 100 / Número de pacientes anticoagulados

Objetivo 2005-2008
El Hospital establecerá los mecanismos de coordinación y reciclaje necesarios con los Distritos, para que la extracción de cordales pueda realizarse en Atención Primaria

Objetivo 2005-2008
El Hospital dispondrá de un mecanismo para el seguimiento continuado de pacientes con Terapias Respiratorias

Objetivo 2008
El Hospital remitirá un listado de pacientes con Terapia Respiratoria con las indicaciones clínicas correspondientes al Distrito de Atención Primaria para asegurar su seguimiento

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Evaluación
El Hospital junto con el Distrito remitirá un informe referido a al desarrollo de las intervenciones de la guía de Actuación Compartida para pacientes con Terapia Respiratoria. Noviembre

Indicador
Número de pacientes con TR remitidos a AP para su seguimiento identificando los usuarios conocidos y los debutantes. Junio y noviembre

Objetivo 2005-2008
El Hospital será referente para la formación en cuidados básicos demandada por las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y personas cuidadoras de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del Área del Hospital

Objetivo 2008
El Hospital mantendrá y ampliará la oferta de programas formativos sobre cuidados básicos dirigido a las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del Área del Hospital

Indicador
Oferta formativa a las asociaciones del Área y número de participantes. Noviembre

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACTIVIDAD ASISTENCIAL

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACTIVIDAD ASISTENCIAL (HOSPITALIZACIÓN)

Información para el Hospital
Índice de complejidad de referencia (CMBDA 2006)

Objetivo 2005-2008
El Hospital gestionará de forma eficiente los ingresos, la complejidad de su casuística y las estancias, reduciendo el número de estancias evitables a menos del 2% al final del periodo

Objetivo 2008
El Hospital se ajustará al número de ingresos indicado y acordado en el proceso de negociación de este Contrato Programa

Indicador
Número de ingresos INIHOS

Objetivo 2008
El Hospital deberá aproximar su índice de utilización de estancias a la unidad en el caso de que se encuentre por encima de ella

Indicador
Estancia media observada / Estancia media esperada

Objetivo 2005-2008
Todos los pacientes de más de 65 años y los afectados por procesos crónicos que accedan al Área de Hospitalización y/o a las consultas, tendrán un único médico y enfermera responsables de su proceso y las citas para procedimientos diagnósticos y/o tratamientos estarán coordinadas

Objetivo 2008
El Hospital mantendrá el envío a los Centros de Salud, de los nombres y teléfonos de contacto del médico y la enfermera responsables de cada paciente de más de 65 años o afectado por un proceso crónico en el Hospital

Evaluación
Valoración de los listados de pacientes con medico responsable recibidos en los Centros de Salud

Objetivo 2005-2008
En el año 2008 todas las enfermeras se adscribirán a las unidades en función de su adecuación a las competencias definidas en el mapa de competencias para cada puesto

Objetivo 2008
El Hospital asegurará que las enfermeras adscritas a las unidades de Salud Mental, Hemodiálisis y Unidades de Cuidados intensivos de adultos y pediátricas disponen de las competencias necesarias para asegurar una atención de calidad a los pacientes

Evaluación
Auditoría del proceso de selección interna de las enfermeras de estas unidades

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACTIVIDAD ASISTENCIAL (HOSPITALIZACIÓN / ESTANCIAS EVITABLES)

Objetivo 2005-2008
En general, el Hospital tenderá a ajustar progresivamente la estancia media de sus GDRs a las del estándar en el caso de que se encuentren por encima de éste

Objetivo 2008
El Hospital tenderá a reducir en al menos un tercio la diferencia entre la estancia media de sus GDRs y las del estándar en el caso de que aquellas se encuentren por encima de éste

Indicador
Estancia media para los GDRs relacionados

OBJETIVO ESPECÍFICO POR HOSPITAL

DRG
NOMBRE DRG
CASOS
ESTANCIA MEDIA DEL HOSPITAL
ESTANCIA MEDIA ESPERADA
POTENCIAL DE ESTANCIAS
ESTANCIA MEDIA OBJETIVO

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ACTIVIDAD ASISTENCIAL (HOSPITAL DE DÍA)

Objetivo 2008	Número
Sesiones de tratamiento de quimioterapia oncológica hematológica	
Pacientes en tratamiento con quimioterapia oncológica hematológica	
Pacientes nuevos en tratamiento con quimioterapia oncológica hematológica	
Sesiones de tratamiento de quimioterapia oncológica no hematológica	
Pacientes en tratamiento con quimioterapia oncológica no hematológica	
Pacientes nuevos en tratamiento con quimioterapia oncológica no hematológica	
Sesiones de tratamiento de quimioterapia no oncológica	
Pacientes en tratamiento con quimioterapia no oncológica	
Pacientes nuevos en tratamiento con quimioterapia no oncológica	
Sesiones de tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas o bmr	
Pacientes en tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas o bmr	
Pacientes nuevos en tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas o bmr	
Sesiones de tratamiento radioterápico	
Pacientes en tratamiento radioterápico	
Pacientes nuevos en tratamiento radioterápico	
Sesiones de tratamiento en pacientes diabéticos, incluyendo la adaptación de las bombas de insulina.	
Sesiones de tratamiento de la artrosis de rodilla	
Puestos de hemodiálisis	
Sesiones propias de hemodiálisis	
Sesiones concertadas de hemodiálisis	
Sesiones de terapia iv activa y/o paliativa de vih	
Endoscopicas digestivas	
Paracentesis	
Biopsias cerradas de hígado	
Transfusiones	
Biopsias de medula osea	
Endoscopias respiratorias	
Pruebas funcionales de trastornos del sueño	
Bombas subcutaneas de analgesia	
Inyección de agentes analgésicos	
Litotricias extracorporeas por ondas de choque	
Estudios electrofisiologicos	
Cateterismos cardiacos	
Implantaciones y sustituciones de marcapasos y desfribiladores	

Indicador
Número en cada uno de los epígrafes

ANEXO
CALIDAD ASISTENCIAL

CALIDAD ASISTENCIAL

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará la participación de sus laboratorios en sistemas de control externo de calidad

Objetivo 2008
Los laboratorios de Hematología, Bioquímica, Microbiología, y Anatomía Patológica del Hospital deberán participar en los controles externos de calidad de toda su oferta de servicio

Evaluación
Análisis de resultados remitidos por los controles

Indicador
Realización del 100% de los controles enviados (emisión de informe a la Dirección del Centro en caso de no cumplimiento de este porcentaje)

Objetivo 2008
Aquellos equipamientos analíticos localizados fuera del ámbito del laboratorio del Hospital deberán ser sometidos a control de calidad externo bajo la supervisión del laboratorio correspondiente

Evaluación
Auditoría

Indicador
Participación de laboratorios exteriores en los controles de calidad

CALIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES DE CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

AMIGDALECTOMÍA / ADENOIDECTOMÍA

Indicador Nº de intervenciones de amigdalectomía/adenoidectomía efectuadas en régimen de cirugía ambulatoria conforme a los criterios que se indican en el proceso x 100 / Nº total de intervenciones por amigdalectomía/adenoidectomía

Evaluable en: Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

ANEMIAS

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 4% de la población general

Indicador
Nº de pacientes con anemia ferropénica a los que se les controla reticulocitos a los 10 días de tratamiento con sulfato ferroso x 100 / Nº total de pacientes con anemia ferropénica y tratamiento con sulfato ferroso

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
25% Valor mínimo
0,2 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con anemia ferropénica en que se verifican los niveles de Hemoglobina al mes de tratamiento con sulfato ferroso x 100 / Nº Total de pacientes con anemia ferropénica y tratamiento con sulfato ferroso

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
25% Valor mínimo
0,2 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con anemia ferropénica y tratamiento con sulfato ferroso que se ha mantenido hasta tres meses después de la normalización de los valores de hemoglobina x 100 / Nº total de pacientes con anemia ferropénica y tratamiento con sulfato ferroso

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
25% Valor mínimo
0,2 Valor unitario

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES

Indicador
Nº de pacientes correctamente derivado según protocolo de intervención consensuado entre cada EBAP y el ESM correspondiente x 100 / Nº de pacientes derivados al ESM

Evaluable en: Equipo de Salud Mental
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes correctamente derivado según protocolo de intervención consensuado entre cada EBAP y el ESM correspondiente x 100/ Nº de pacientes derivados al EBAP

Evaluable en: Atención Primaria
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

ARRITMIAS

Indicador
Nº de pacientes con fibrilación auricular y riesgo tromboembólico elevado/intermedio* que reciben tratamiento anticoagulante oral en caso de ausencia de contraindicaciones X 100 / nº de pacientes con fibrilación auricular y riesgo tromboembólico elevado/intermedio

*Para calculo de riesgo será suficiente la presencia de alguno de los siguientes factores:

Riesgo elevado:

- Edad > de 75 años
- Fenómeno tromboembólico previo
- Historia de hipertensión arterial
- Insuficiencia cardiaca y/o disfunción sistólica de ventrículo izquierdo
- Valvulopatía mitral reumática
- Prótesis valvular
- Presencia de mas de un factor intermedio

Riesgo intermedio:

- Edad entre 65-75 años
- Diabetes mellitus
- Enfermedad coronaria con función sistólica conservada

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con fibrilación auricular e indicación de cardioversión eléctrica programada y se les ha realizado con una demora inferior a 60 días x 100 / Nº de pacientes con fibrilación auricular e indicación de cardioversión eléctrica programada

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes en los que se ha realizado ablación con radiofrecuencia por taquicardia paroxística supraventricular intranodal, y la tasa de bloqueo AV que ha requerido implantación de marcapasos definitivo ha sido inferior al 2% x 100 / Nº de pacientes en los que se ha realizado ablación con radiofrecuencia por taquicardia paroxística supraventricular intranodal

Evaluable en: Atención Hospitalaria
2% Valor óptimo
5% Valor mínimo
-3,3 Valor unitario

ARTROPLASTIA DE CADERA

Indicador
Nº de pacientes con indicación de implante de cadera que se ha basado en la intensidad del dolor y el grado de incapacidad funcional del paciente de acuerdo con los criterios desarrollados en el proceso x 100 / Nº de pacientes con indicación de implante de cadera

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes en los que la selección del implante se ha basado en la evaluación global del paciente donde se ha tenido en cuenta los factores que se relacionan con el éxito o el fracaso del implante (edad, peso, actividad prevista, estado de salud y calidad ósea) y la relación coste/eficacia x 100 / Nº de pacientes con reemplazamiento de la articulación afectada

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA

Indicador
Nº de pacientes en los que se ha establecido plan terapéutico cumpliendo los criterios de artrosis de rodilla/cadera, y se les ha evaluado la intensidad del dolor mediante cuestionario (WOMAC) x 100 / Nº de pacientes que cumplen criterios de artrosis de cadera/rodilla

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla/cadera que no presentan contraindicaciones para el ejercicio y disponen de un programa para realizar en el domicilio x 100 / Nº de pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla/cadera que no presentan contraindicaciones para el ejercicio

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes en que se ha valorado para efectuar reemplazamiento de la articulación afectada: artrosis sintomática y radiología severa (grado 3 y 4 de la clasificación de Kellgren), con dolor que no responde al tratamiento medico, progresiva limitación para las actividades de la vida diaria y que no presenta contraindicaciones a la cirugía x 100 / Nº de pacientes con reemplazamiento de la articulación afectada

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

ASMA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 10% de los niños < de 15 años

Indicador
Nº de niños con síntomas sugerentes de asma, diagnosticados antes de 3 meses y tienen establecido plan individual de tratamiento X 100 / Nº de niños con síntomas sugerentes de asma

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de niños > de 6 años diagnosticados de asma que tienen realizada una espirometría anual x 100/ Nº de niños > de 6 años diagnosticados de asma

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

ASMA DEL ADULTO

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 2,5% de la población > de 15 años.

Indicador
Nº de pacientes diagnosticado de asma y en cuya HC esta registrada la clasificación de gravedad X 100 / Nº total de pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
50% Valor óptimo
25% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes en cuya HC consta haber recibido educación e información escrita sobre los sistemas de inhalación, evitación de desencadenantes y pautas de actuación relativas a la enfermedad X 100 / Nº total de pacientes incluidos en el proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
50% Valor óptimo
25% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

ATAQUE CEREBROVASCULAR

Indicador
Nº de pacientes con ACV en los que se ha realizado TAC de cráneo en las primeras 6 horas y cuya valoración inicial presente: Ictus en evolución o progresivo, Complicaciones sistémicas/neurológicas, Modificaciones de actuación diagnostico/terapéutico X 100 /Nº de pacientes con diagnostico de ACV de nuevo diagnostico

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes encamados por ACV de nuevo diagnostico en las que el inicio de tratamiento cinesiterápico se ha realizado en las primeras 48 horas X 100/ Nº de pacientes con ACV de nuevo diagnostico y que permanecen encamados

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con diagnostico de ACV de nuevo diagnostico en los que el inicio de tratamiento antiagregante se ha comenzado antes de las primeras 48 horas X 100 /Nº de pacientes con ACV de nuevo diagnostico

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 4% de la población > de 65 años

Indicador
Nº de pacientes incluidos en el proceso Pluripatológicos con identificación del cuidador principal X 100 Nº de pacientes incluidos en el PAI Pluripatológicos

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,25 Valor unitario

Indicador
Nº de PAC activados conforme a los criterios definidos en el proceso X 100 / Total de episodios de activación del PAC en el periodo evaluado

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria

CÁNCER DE CÉRVIX / CÁNCER DE ÚTERO

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 3 % de las mujeres entre 15-65 años

Indicador
Frotis inadecuados según criterios establecidos en periodo evaluado X 100 / Total frotis del periodo evaluado

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
< 5 % Valor óptimo
> ó = 5% Valor mínimo
10 Valor unitario

Indicador
Nº de mujeres con toma de citología durante el periodo evaluado y con comunicación de resultados inferior a 1 mes X 100 / Total de mujeres con toma de citología durante el mismo periodo.

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con SIL de alto grado y colposcopia de confirmación x 100 / Nº total de pacientes con diagnostico citológico de SIL de alto grado

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

CÁNCER DE MAMA

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 0,80 % de la población de mujeres

Indicador
Nº de solicitudes de estudios diagnósticos de imagen realizadas con el documento unificado de solicitud X 100 / Numero de estudios de imagen mamarios citados en el periodo evaluado

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,33 Valor unitario

Indicador
Nº de citaciones en las que se realiza primera prueba de imagen y punción en el mismo acto (misma fecha) durante el periodo evaluado X 100 / Nº de citaciones para primera prueba de imagen y punción en la misma o distinta fecha, en el mismo periodo evaluado

Evaluable en: Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,33 Valor unitario

CÁNCER DE PIEL

Indicador
Nº de informes de estudios histopatológicos de cáncer de piel emitidos en menos de 7 días en el periodo evaluado X 100 / Nº total de informes, de cáncer de piel en el periodo evaluado

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo

50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de informes anatomopatológicos de melanoma que incluyen los siguientes parámetros: Melanoma in situ o infiltrante - Grosor máximo tumoral (índice de Breslow)-Existencia o no de ulceración-Nivel de Clark - Numero de ganglios afectados X 100 /Nº total de informes de anatomía patológica de melanoma en el periodo evaluado

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

CÁNCER DE PULMÓN

Indicador
Nº de casos diagnósticados de CP con la primera citohistología x 100 / Total de pacientes con CP

Evaluable en: Atención Hospitalaria

Indicador
Nº de pacientes con CPNCP resecados de forma completa x 100 / Total de pacientes con CP

Evaluable en: Atención Hospitalaria

CÁNCER COLORRECTAL

Indicador
Nº de pacientes con criterios de inclusión con confirmación diagnostica y plan terapéutico < de 30 días (Decreto de plazos) x 100 / Nº total de pacientes con criterios de inclusión en el periodo evaluado

Evaluable en: Atención Hospitalaria
100% Valor óptimo
Valor mínimo
Valor unitario

Indicador
Nº de colonoscopias completas x 100 / Número total de colonoscopias

Evaluable en: Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de reintervenciones con carácter urgente relacionadas con el proceso x 100 / Nº total de casos

Evaluable en: Atención Hospitalaria
<5% Valor óptimo
>=5% Valor mínimo
10 Valor unitario

CATARATA

Indicador
Nº de pacientes con agudeza visual igual o inferior a 0,4 e indicación quirúrgica X 100 /Total

de pacientes con indicación quirúrgica

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con indicación quirúrgica a los que se ha realizado VF-14 X 100 / Total de pacientes con indicación quirúrgica

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con edades superiores a 80 años, sin comorbilidad ocular asociada y con agudeza visual igual ó < 0,4 y la indicación quirúrgica se ha decido en función de una valoración individualizada de los beneficios esperados X 100 / Nº de pacientes con edades superiores a 80 años, sin comorbilidad ocular asociada y con agudeza visual igual ó < 0,4 e indicación quirúrgica

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

CEFALEAS

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 1 % población general

Indicador
Nº de pacientes incluidos en proceso y que tienen realizada la valoración inicial según proceso x 100 / Total de pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

COLELITIASIS / COLECISTITIS

Indicador
Nº de pacientes con colecistitis aguda o cólico biliar refractario a tratamiento medico intervenidos quirúrgicamente con menos de 72 horas de evolución X 100 / Nº de pacientes con colecistitis aguda o cólico biliar refractario a tratamiento medico intervenidos quirúrgicamente

Evaluable en: Atención Hospitalaria
70% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,33 Valor unitario

Indicador
Colecistectomías laparoscópicas X 100 / Total colecistectomías laparoscópicas y no laparoscópicas

Evaluable en: Atención Hospitalaria
60% Valor óptimo

40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

CUIDADOS PALIATIVOS

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso:0,15 % de la población general

Indicador
Nº de pacientes terminales en tratamiento con opioides x 100 / Nº total de pacientes terminales

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

DEMENCIAS

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso:2,5 % de la población > 65 años

Indicador
Nº de pacientes incluidos en proceso con test psicométricos realizados x 100 / Total pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con identificación del cuidador principal X 100 Nº de pacientes incluidos en proceso.

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,25 Valor unitario

DIABETES

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso:4,5 % de la población general

Indicador
Total pacientes que tienen realizada una HbA1c anual x 100 / Total pacientes incluidos en el proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Total pacientes con HbA1c < 8 x 100 / Total de pacientes incluidos en proceso y que se les ha realizado una determinación de HbA1c en el periodo evaluado

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
50% Valor óptimo
30% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Total pacientes que se les ha realizado exploración de pies anual X 100/ Total pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Total pacientes que se les ha realizado fondo de ojo anual x 100 / Total pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
50% Valor óptimo
30% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

DISFONÍA

Indicador
Nº de pacientes con lesiones laríngeas de aspecto tumoral y/o laringitis crónica en la exploración fibrolaringoscópica, y se ha realizado microlaringoscopia directa y se confirma neoplasia x100 / Nº de pacientes con lesiones laríngeas de aspecto tumoral y/o laringitis crónica en la exploración fibrolaringoscopia.

Evaluable en: Atención Hospitalaria
30% Valor óptimo
20% Valor mínimo
1 Valor unitario

DISFUNCIÓN TIROIDEA

Indicador
Nº de pacientes con niveles de s-TSH anormales a los que se realiza determinación de FT4 X 100 / Nº total de pacientes con niveles anormales de s-TSH

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de gammagrafías en disfunciones tiroideas realizadas previamente a los estudios radiológicos con contrates X 100 / Nº total de gammagrafías realizadas en disfunciones tiroideas

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

DISPEPSIA

Indicador

Nº de pacientes con ulcera gástrica a los que se les realiza endoscopia con toma de de muestra a los 3 meses de finalizar el tratamiento X 100 / Nº total de pacientes con úlcera gástrica y solicitud de endoscopia con toma de biopsia

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Pacientes con resultado de Clotest positivo y repetición del Clotest tras el tratamiento de erradicación X 100 / Nº total de pacientes con resultado de Clotest positivo

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Pacientes con ulcera duodenal y Clotest positivo a los que se les prescribe tratamiento erradicador X 100 / Nº total de pacientes con ulcera duodenal y Clotest positivo

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
70% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

DOLOR ABDOMINAL

Indicador
Nº de pacientes con dolor abdominal agudo y que han sido diagnosticados y se ha realizado plan terapéutico antes de 24 horas X 100 / Total de pacientes con dolor abdominal agudo

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Indicador
Nº de pacientes que cumplen criterios de dolor crónico definidos en el PAI a los que se les ha evaluado la intensidad del dolor y el grado de afectación X 100 / Nº de pacientes diagnósticados de dolor crónico

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

DOLOR TORÁCICO

Indicador
Nº de pacientes atendidos por DT persistente en menos de 10 minutos X 100 / Nº total de pacientes atendidos por DT persistente en el mismo periodo

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador Nº de pacientes atendidos por DT que ha cedido en menos de 30 minutos X 100 / Nº total de pacientes atendidos por DT que ya ha cedido, en el mismo periodo

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Cobertura
% mínimo de embarazadas incluidas en proceso: 72 % recién nacidos vivos

Indicador
Nº de embarazadas incluidas en proceso con captación antes de las 12 semanas de gestación X 100/ Nº total de embarazadas incluidas en proceso

Evaluable en: Atención Primaria
80% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de partos por cesárea en el periodo evaluado X 100 / Total partos en el mismo periodo

Evaluable en: Atención Hospitalaria
18% Valor óptimo
21% Valor mínimo
-3,3 Valor unitario

Indicador
Nº de partos vaginales atendidos con anestesia epidural en el periodo evaluado X 100 /Total partos vaginales en el mismo periodo

Evaluable en: Atención Hospitalaria
60% Valor óptimo
50% Valor mínimo
1 Valor unitario

Indicador
Nº de embarazadas a termino incluidas en proceso que se ha realizado toma vaginal-anal para cribado de estreptococo del Grupo B X 100 / Total embarazadas incluidas en proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de embarazadas incluidas en proceso que han recibido Educación Maternal X 100 /Total de embarazadas incluidas en proceso.

Evaluable en: Atención Primaria
50% Valor óptimo
30% Valor mínimo

0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de embarazadas incluidas en proceso que se les ha realizado la visita puerperal X 100/Nº de embarazadas incluidas en proceso

Evaluable en: Atención Primaria
50% Valor óptimo
30% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso:5,5 % de la población > de 40 años

Indicador
Nº de pacientes incluidos en proceso a los que se les ha realizado una espirometría anual X 100 / Nº total de pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
65% Valor óptimo
30% Valor mínimo
0,29 Valor unitario

Indicador
Pacientes con EPOC y con OCD a los que se ha realizado al menos una gasometría o pulsioximetría en los últimos 12 meses X 100 / Total de pacientes con EPOC y con OCD en el mismo periodo

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,29 Valor unitario

FIBROMIALGIA

Indicador
Nº de pacientes diagnósticados de FM en los que se ha registrado la valoración del nivel sintomático en la HC X 100 / Total de pacientes incluidos en el proceso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
80% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA

Indicador
Nº de pacientes con SFI a los que se ha solicitado perfil analítico descrito en el proceso X 100 / Nº de pacientes incluidos en proceso en el periodo

Evaluable en: Atención Primaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Indicador
Nº de pacientes ancianos con fractura de cadera a los que se les realiza osteosíntesis en menos de 24 horas desde su llegada a urgencias X 100 / Nº de pacientes ancianos con fractura de cadera sin criterios de exclusión (ver proceso) para el cumplimiento de la norma

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con fractura de cadera que reciben profilaxis antitrombótica correcta según criterios X 100 / Nº de pacientes ancianos con fractura de cadera excluyendo limites marginales del proceso

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

Indicador
Nº de pacientes que han consultado por sangrado menstrual intenso y se les ha realizado pictograma X 100 / Total mujeres que consulta por sangrado menstrual intenso

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de mujeres en las que NO se ha realizado dilatación cervical ni legrado para el tratamiento de sangrado menstrual intenso X 100 / Nº total de mujeres con sangrado menstrual intenso

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

HEPATITIS VÍRICAS

Indicador
Existencia y conocimiento por el personal de cada institución sanitaria, de protocolo escrito sobre practicas de riesgo para la exposición ocupacional y las medidas preventivas propuestas

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
si Valor óptimo
no Valor mínimo
10 Valor unitario

Indicador
Nº de recién nacidos de madres portadoras de AgHBs a los que se les ha realizado la inmunización activa-pasiva X 100 / Nº total de madres portadoras de AgHBs

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

HERNIA DE PARED ABDOMINAL

Indicador
Nº de pacientes con HPA y reparación con malla X 100/ Nº total de pacientes con HPA

Evaluable en: Atención Hospitalaria
70% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con hernia inguinocrural y/o umbilical y/o de línea media con estancia de hasta 3 días tras cirugía abierta de hernia X 100 / Nº total de pacientes con hernia inguinocrural, umbilical y de línea media sometidos a cirugía abierta de hernia (Nº de intervenciones en CMA + nº de intervenciones con estancia media < de 4 días)

Evaluable en: Atención Hospitalaria
70% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con hernia incisional y cirugía abierta con estancia de hasta 7 días tras cirugía abierta de hernia X 100 / Nº total de pacientes con hernia incisional sometidos a cirugía abierta de hernia

Evaluable en: Atención Hospitalaria
70% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con HPA complicada con resolución antes de 6 horas X 100 / Nº total de pacientes con HPA complicada intervenida

Evaluable en: Atención Hospitalaria
70% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con intervención de hernia inguinocrural en CMA X 100 / Nº total de intervenciones de hernia inguinocrural

Evaluable en: Atención Hospitalaria
70% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA / CÁNCER DE PRÓSTATA

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 3% de hombres > 40 años

Indicador
Nº de pacientes con síntomas prostáticos incluidos en proceso y valorados mediante IPSS X 100 / Nº de pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes incluidos en proceso que se ha solicitado PSA X 100 / Nº total de pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes que acuden a primera consulta de Urología y se les realiza flujometría en el mismo día y previa a la consulta X 100 / Nº total de pacientes que acuden por primera vez a la consulta de Urología

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 3% de la población > de 65 años

Indicador
Nº de pacientes con FE menor o igual del 40 %, con prescripción de IECA X 100 /Total pacientes con FE menor o igual a 40 %

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con fibrilación auricular y tratamiento anticoagulante X 100 / Total de pacientes con fibrilación auricular y ausencia de contraindicaciones de tratamiento anticoagulante

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes incluidos en proceso en que se ha evaluado la función ventricular al menos una vez X 100 / Nº de pacientes incluidos en proceso

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

Indicador
Nº de pacientes incluidos en proceso y sometidos a tratamiento compresivo y se les ha descartado previamente la presencia de insuficiencia arterial X 100/ Nº total de pacientes incluidos en procesos y sometidos a tratamiento compresivo

Evaluable en: Atención Primaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con IVC con intervención quirúrgica y ecodoppler realizado X 100 /Nº total de pacientes con IVC intervenidos quirúrgicamente

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

OTITIS MEDIA AGUDA

Indicador
Nº de pacientes en los que la antibioticoterapia esta indicada y se ha indicado la amoxicilina como fármaco de primera elección X 100 / Nº total de pacientes con indicación de tratamiento antibioticoterápico

Evaluable en: Atención Primaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes en los que se ha realizado control programado a los 90 días de inicio de los síntomas de OM aguda para descartar una OMA secretora X 100/ Nº total de pacientes con OMA

Evaluable en: Atención Primaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

OTITIS MEDIA SECRETORA

Indicador
Nº de pacientes con: Déficit bilateral de audición igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste más de 3 meses. Déficit unilateral de la audición igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste mas de 6 meses y se les ha recomendado mirintomía X 100 / Nº de pacientes con: Déficit bilateral de audición igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste mas de 3 meses. Déficit unilateral de la audición igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste mas de 6 meses

Evaluable en: Atención Hospitalaria
65% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes en los que se ha realizado una miringotomía con anestesia general y en programa de cirugía ambulatoria en tiempo inferior a 3 meses X 100 / Nº total de pacientes en que se ha realizado miringotomía

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

OTITIS MEDIA RECURRENTE

Indicador
Nº de pacientes con otitis media recurrente en los que se les ha realizado estudio inmunológico incluyendo IgG y subclases x 100 / Nº total de pacientes con otitis media recurrente

Evaluable en: Atención Primaria / Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

RIESGO VASCULAR

Indicador
Nº de pacientes cuyo único factor de riesgo es tabaquismo y tienen realizado perfil lipídico X 100 / Nº total de pacientes incluidos en proceso cuyo único factor de riesgo es tabaquismo

Evaluable en: Atención Primaria
50% Valor óptimo
30% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con cuantificación de riesgo vascular y se le ha adjudicado una categoría de riesgo según determina el proceso X 100 / Nº total de pacientes con cuantificación del riesgo vascular

Evaluable en: Atención Primaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO

Indicador
Nº de niños con síndrome febril con escala YIOS o YALE realizada X 100 / Nº total de niños con síndrome febril

Evaluable en: Atención Primaria
60% Valor óptimo
40% Valor mínimo
0,5 Valor unitario

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Indicador
Nº de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que tienen establecido el diagnostico y plan terapéutico individual en un plazo inferior a 2 meses desde la primera consulta X 100 / Nº total de paciente con trastornos de la conducta alimentaria

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes que se les ha realizado la entrevista de acogida y valoración orgánica funcional en ESM-USMIJ Endocrinología antes de 15 días desde la solicitud de asistencia X 100 / Nº de pacientes con solicitud de asistencia para entrevista de acogida y valoración orgánica funcional

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con confirmación diagnostica de TCA, según criterios de CIE-10, antes de 1 mes desde la primera visita X 100 / Total de pacientes con confirmación diagnostica de TCA, según criterios de CIE-10

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

TRASTORNO MENTAL GRAVE

Indicador
Nº de pacientes con trastornos mental grave (TMG) confirmado tras evaluación, que cuentan con un Plan Personal de atención que denominaremos Plan Individual de Tratamiento (PIT) en tiempo establecido X 100 / Nº de pacientes con TMG confirmados tras evaluación

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

VIH/SIDA

Cobertura
% mínimo de pacientes incluidos en proceso: 220 / 100.000 habitantes

Indicador
Nº de pacientes VIH + citados en consulta de AH antes de los 30 días desde su derivación por AP X 100 / Total pacientes VIH + derivados por primera vez desde AP

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
50% Valor mínimo
0,4 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con TAR con registro de cumplimiento terapéutico en la HC X 100 / Total de paciente con TAR

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con > de 6 meses de TAR y determinación de CV X 100 / Total de pacientes con TAR > de 6 meses

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de pacientes con > de 6 meses de TAR y carga viral < 200 copias/ml X 100 / Total de pacientes con TAR > de 6 meses

Evaluable en: Atención Hospitalaria
90% Valor óptimo
75% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

Indicador
Nº de profilaxis para la prevención de transmisión vertical según criterios X 100 / Nº de embarazadas infectadas por el VIH

Evaluable en: Atención Hospitalaria
75% Valor óptimo
60% Valor mínimo
0,66 Valor unitario

CALIDAD ASISTENCIAL

NORMAS BÁSICAS DE CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE TRASPLANTES

1. Normas Básicas de Calidad del Proceso Trasplante Cardiaco

Todos los pacientes evaluados como candidatos a trasplante cardiaco tendrán un resultado definitivo en un tiempo no superior a 30 días (10 días desde su llegada a la Unidad de Trasplante Cardiaco) en los casos electivos y a 24 horas en los casos urgentes.

En todos los Centros Hospitalarios que deriven pacientes a las Unidades de Trasplante Cardiaco existirá un cardiólogo de referencia, responsable de la valoración inicial del paciente y el envío definitivo al centro de trasplante cardiaco de referencia.

Todos los pacientes en lista de espera serán revisados al menos una vez al mes en consultas externas específicas de trasplante cardiaco, con los medios humanos y técnicos necesarios para su correcto funcionamiento.

Todos los donantes ofertados por los Hospitales pertenecientes a la Red de Coordinación Autonómica de Trasplantes tendrán en el momento de su oferta una ecocardiografía que valore la función sistólica y valvular.

2. Normas Básicas de Calidad del Proceso Trasplante Hepático

La Consulta específica de Trasplante Hepático dispondrá de Consulta telefónica de enfermería, así como los recursos humanos y materiales para llevar a cabo su función según se recoge en el proceso.

La fase de evaluación especializada del paciente candidato a trasplante hepático se realizará en un plazo no superior a 30 días tras su envío a la Unidad de Trasplante Hepático.

Los pacientes en estudio considerados por el Unidad de Trasplante Hepático como “urgentes” serán ingresados en centro de trasplante en menos de 24 horas, los casos “graves” serán trasladados al centro de trasplante en menos de 48 horas y los “no graves” en menos de 14 días. El resto de casos se podrán estudiar en Consultas Externas de Trasplante Hepático.

3. Normas Básicas de Calidad del Proceso Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante Renal

Todos los pacientes enviados para estudio en prediálisis serán vistos en su primera cita con una demora no superior a 20 días.

El acceso vascular definitivo para hemodiálisis se realizará preferiblemente 3 meses antes del comienzo de la hemodiálisis. En ningún caso con menos de 1 mes previo al inicio de la técnica.
La demora máxima desde que se indica la realización del acceso vascular hasta que finalmente se realiza se ajustará a la categoría asignada (normal =8 semanas, preferente =5 semanas, muy preferente =4 semanas).

Todos los pacientes **que reciban cualquier modalidad de tratamiento renal sustitutivo estarán dados de alta en el** Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía **(SICATA), manteniéndose actualizada dicha información**.

Todos los centros de trasplante renal tendrán la posibilidad de estudio anatomopatológico permanente del donante.

Se arbitrarán las medidas necesarias para que la isquemia fría de los órganos a trasplantar sea la menor posible, tanto en el Hospital donante como en el trasplantador, debiéndose considerar el trasplante renal como una intervención quirúrgica preferente.

4. Normas Básicas de Calidad del Proceso Trasplante Pulmonar

Todos los pacientes evaluados como candidatos a trasplante pulmonar tendrán un resultado definitivo en un tiempo no superior a 30 días desde el comienzo del estudio en el Equipo de Trasplante Pulmonar.

En todos los centros hospitalarios que deriven pacientes al Equipo de Trasplante Pulmonar existirá un neumólogo de referencia, responsable de la valoración inicial del paciente y el envío definitivo al centro de trasplante pulmonar de referencia, así como de realizar revisiones periódicas del paciente en lista de espera al menos cada 2 meses.

Todos los pacientes en lista de espera serán revisados cada 2 meses (alternando con las revisiones con neumólogo de referencia del paciente) y reevaluados al menos cada 3 meses en consultas externas específicas de trasplante pulmonar, con los medios humanos y técnicos necesarios para su correcto funcionamiento.

CALIDAD ASISTENCIAL
SEGURIDAD DEL PACIENTE

CALIDAD ASISTENCIAL
SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo 2008
El centro impulsará y establecerá las medidas adecuadas para incorporar los objetivos propuestos en las tres agrupaciones de procesos establecidos: Estratégicos, Soporte y Operativos, dentro de la "Estrategia para la Seguridad del Paciente" aprobada por la Consejería de Salud

Evaluación
Remisión de informe con las líneas de acción programadas y realizadas

Indicador
Nº de líneas de acción realizadas por el centro

Objetivo 2005-2008
Continuar la aplicación del Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales

Objetivo 2008
El Hospital garantizará medidas de evaluación y control de la incidencia de infecciones con especial atención a las Áreas con índices más altos. En todo caso, se plantearán medidas de prevención de la infección quirúrgica (procedimientos priorizados en el Plan del SAS), infecciones en UCIs, gérmenes de especial interés y multirresistentes y apoyará la campaña de higiene de manos

Evaluación
Auditoría

Indicador
Aplicación de las medidas

ANEXO
PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN

PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Objetivo 2005-2008
El Hospital implantará todos los estándares de calidad y actividad recogidos en el manual de calidad en el servicio de cuidados críticos y urgencias

Objetivo 2008
El Hospital continuará la cumplimentación de datos y evaluará su adecuación a los siguientes estándares de calidad y de actividad en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

- **Estándares de Calidad: Tiempo de Respuesta Asistencial**
  - **Tiempo máximo de estancia en el Área de consultas: menor de 8 horas**
  - **Tiempo máximo de estancia en la sala de observación de camas: 24 horas**

- **Otros Estándares de Calidad**
  - **Porcentaje máximo de reingresos en 72 horas: menor del 5:1.000**
  - **Eventos graves en la sala de espera: menor de 1:10.000**

- **Estándares de Actividad**
  - **Porcentaje máximo de ingresos en observación (camas + sillones): 14%**
  - **Porcentaje máximo de ingresos en Hospitalización desde observación: 45%**
  - **Porcentaje máximo de ingresos directos en observación desde consultas: 7%**
  - **Porcentaje máximo de ingresos totales (observación, camas, sillones y derivaciones a otros Centros Hospitalarios): 15%**

Evaluación
Auditoría y MTI donde exista

Objetivo 2005-2008
El Hospital desarrollará las actividades recogidas en el manual de calidad en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

Objetivo 2008
El Hospital continuará el desarrollo de las siguientes actividades recogidas en el manual de calidad en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias:

- **Grado de cumplimentación de la Historia Clínica (incluyendo la codificación diagnóstica) del 98%**
- **Grado de protocolización del 80% de los procesos (los 20 procesos más frecuentes y otros 5 particulares de cada unidad)**
- **Registro y análisis de epicrisis de mortalidad**

Evaluación
Auditoría y MTI donde exista

Objetivo 2005-2008
El Hospital implantará el plan funcional del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

Objetivo 2008
El Hospital redactará su propia adaptación del plan funcional y lo enviará al Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias para su aprobación y posterior aplicación antes de marzo de 2008

Evaluación
Auditoría

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Objetivo 2005-2008
El Hospital desarrollará, adaptará e implantará con Atención Primaria y el 061 el plan para la actuación unificada en situaciones de urgencias y emergencias

Objetivo 2008
El Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias deberá implantar el Plan PLACA

Objetivo 2008
El Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias deberá tener actualizado su Plan de Emergencias Colectivas y Catástrofes y lo tendrá operativo mediante un programa de difusión y formación adecuado. Enviará el Plan de Emergencias para su aprobación al Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias antes de noviembre de 2008

Objetivo 2008
El Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias deberá tener preparados, a primeros de verano y de otoño, respectivamente, los Planes de Alta Frecuentación por Calor y por Frío, enviándolos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria antes de Junio de 2008 (calor) y antes del 1 de octubre de 2008 (frío)

Evaluación
Auditoría

Objetivo 2005-2008
El Hospital implantará el sistema de información de la Red de Transporte de Críticos Pediátrico y utilizará la Red de Transporte de Críticos según los protocolos establecidos

Objetivo 2008
El Hospital consolidará la Red de Transporte de Críticos Pediátricos según los protocolos establecidos

Evaluación
Auditoría

Objetivo 2005-2008
El Hospital adecuará las reformas que se planteen a la Guía de Diseño de las Áreas de Urgencias Hospitalarias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

Objetivo 2008
El Hospital solicitará valoración al Plan Andaluz de Urgencias sobre la adecuación a la Guía de Diseño de las Áreas de Urgencias Hospitalarias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria previa al inicio de las reformas en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

Evaluación
Auditoría

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Objetivo 2005-2008
El Hospital iniciará, en su caso, el proceso de renovación de la autorización de programas de extracción e implante

Objetivo 2008
El Hospital incrementará los donantes de órganos y tejidos

Indicador
Número total de donantes registrados en el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (SICATA)

Objetivo 2008
Número de donantes multitejidos

Indicador
Número total de donantes multitejidos registrados en SICATA

Objetivo 2008
El Hospital incrementará su actividad en trasplantes de córneas

Indicador
Número total de queratoplastias

Objetivo 2008
El Hospital disminuirá su lista de espera para trasplantes de córneas

Indicador
Número de pacientes en lista de espera

Objetivo 2008
El Hospital disminuirá la lista de espera para trasplantes progenitores hematopoyéticos

Indicador
Número de pacientes en lista de espera

Objetivo 2005-2008
El Hospital aumentará la eficiencia del programa de trasplantes

Objetivo 2008
El Hospital reducirá la adquisición de tejidos o prótesis de la industria farmacéutica, que sean susceptibles de ser sustituidos por tejidos humanos procedentes de donante

Indicador
Porcentaje de tejidos o prótesis adquiridos a la industria farmacéutica susceptibles de ser sustituidos por tejidos humanos procedentes de donante

Objetivo 2005-2008
El Hospital aplicará lo establecido en el Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Objetivo 2008
El Hospital analizará sistemáticamente todas las muertes encefálicas de las Unidades potencialmente generadoras de donantes de órganos. Elaborará el 100% de los informes de epicrisis y cumplimentará y remitirá el 100% de los correspondientes formularios con periodicidad trimestral y anual a la Coordinación Autonómica de Trasplantes

Indicador
% de remisión de formularios con periodicidad trimestral y anual a la Coordinación Autonómica de Trasplantes
% de Informes de Epicrisis de las muertes ocurridas en Unidades de Críticos
Registros en el Subsistema de Donantes de SICATA

Objetivo 2005-2008
El Hospital facilitará los datos al Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (SICATA)

Objetivo 2008
El Hospital mantendrá actualizado los siguientes subsistemas del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (SICATA)
1.- Subsistema de pacientes con insuficiencia renal crónica
2.- Módulo de Trasplante Renal
3.- Módulo de Trasplante Hepático
4.- Módulo de Trasplante Cardiaco
5.- Subsistema de Donantes

Indicadores
1) Conexiones mensuales a SICATA
2) y 3) Alta y evolución de los pacientes trasplantados en SICATA
4) Alta de todos los tipos de donantes en SICATA

Objetivo 2005-2008
El Hospital potenciará la diálisis peritoneal como tratamiento renal sustitutivo en la insuficiencia renal crónica terminal

Objetivo 2008
Número de pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria

Indicador
Número de pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria

Objetivo 2008
El Hospital obtendrá un número de cordones umbilicales adecuado

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN

PLAN ANDALUZ DE HEMOTERAPIA

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN ANDALUZ DE HEMOTERAPIA

Objetivo 2005-2008
El Hospital adecuará la utilización terapéutica de la sangre y sus componentes a las recomendaciones del Consejo de Europa

Objetivo 2008
El Hospital efectuará un uso racional de la sangre, tanto en sus indicaciones clínicas como a través de una gestión eficiente de sus depósitos:

- **El porcentaje de utilización de hematíes de los Hospitales de grupos 1 y 2 será superior al 97% y en los Hospitales de grupos 3 y 4, superior al 93%. (1)**
- **El porcentaje de utilización de unidades de plasma será en los Hospitales de grupos 1 y 2, superior al 98% y en los Hospitales de grupos 3 y 4, superior al 95%. (2)**
- **El Hospital situará su tasa de caducidad de unidades de sangre por debajo del 2% en los Hospitales del grupo 1 y 2 y por debajo del 4 % en los del grupo 3 y 4. (3)**
- **El Hospital protocolizará las indicaciones de uso de derivados plasmáticos (albúmina y gammaglobulina)**

Evaluación
Remisión de información

Indicador
(1) (Unidades de sangre entera + concentrados de hematíes) transfundidos x 100 / (Unidades de sangre entera + concentrados de hematíes) recibidos
(2) Número de unidades de plasma transfundidas x 100 / Nº de unidades de plasma recibidas
(3) Total de unidades* caducadas x 100 / total de unidades* recibidas *(sangre entera + concentrados de hematíes)

Objetivo 2008
El Hospital garantizará el funcionamiento de la Comisión Hospitalaria de Transfusión

Evaluación
Auditoría interna

Indicador
Número de reuniones de la Comisión Hospitalaria de Transfusión con acta

Objetivo 2008
El Hospital enviará mensualmente (en fichero Excel, anexo -hoja 2-) a la DGAS, Subdirección de Programas y Desarrollo antes del día 15 del mes siguiente, las caducidades internas de cada producto detallándose el número de unidades recibidas, unidades transfundidas, unidades devueltas al CTS, unidades caducadas y unidades desechadas

Evaluación
Remisión de información

Indicador
Datos mensuales de unidades recibidas, unidades transfundidas, unidades devueltas al CTS, unidades caducadas y unidades desechadas de cada uno de los productos recibidos

MES	

	Suma t+d+c+dsch	Unidades Recibidas	Unidades Transfundidas	Unidades Devueltas	Unidades Caducadas	% Caducadas	Unidades Desechadas	% Desechadas
SANGRE ENTERA								
CONCENTRADOS DE HEMATIES								
PLAQUETAS								
CRIOPRECIPITADOS								

	Suma t+d+c+dsch	Unidades Recibidas	Unidades Transfundidas de 200 ml	Unidades Transfundidas de 600 ml	Unidades Devueltas	Unidades Caducadas	% Caducadas	Unidades Desechadas	% Desechadas
PLASMA									

ACUMULADO

	Suma r+t+d+c+dsch	Unidades Recibidas	Unidades Transfundidas	Unidades Devueltas	Unidades Caducadas	% Caducadas	Unidades Desechadas	% Desechadas
SANGRE ENTERA								
CONCENTRADOS DE HEMATIES								
PLAQUETAS								
CRIOPRECIPITADOS								

	Suma r+t+d+c+dsch	Unidades Recibidas	Unidades Transfundidas de 200 ml	Unidades Transfundidas de 600 ml	Unidades Devueltas	Unidades Caducadas	% Caducadas	Unidades Desechadas	% Desechadas
PLASMA									

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE APOYO A LA FAMILIA
(REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA)

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE APOYO A LA FAMILIA (REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA)

Objetivo 2005-2008
El Hospital adaptará el funcionamiento de sus recursos de rehabilitación al cumplimiento de los planes integrales en que se refleja su participación

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará la valoración de todas las personas que sufren procesos discapacitantes por profesionales de rehabilitación y la aplicación de tratamientos rehabilitadores en todos los casos en que resultan útiles y eficientes

Objetivo 2008
Siguiendo las recomendaciones de los respectivos procesos asistenciales el Hospital potenciará el desarrollo las actividades de atención rehabilitadora a las personas contempladas en los siguientes procesos discapacitantes: EPOC, dolor torácico, ataque cerebrovascular, fractura de cadera, cáncer de mama

Evaluación
Número de adaptaciones locales de procesos (arquitectura 4) que incluyen las actividades de rehabilitación

Indicador
Número de adaptaciones locales de procesos (arquitectura 4) que incluyen las actividades de rehabilitación: cuatro o más
Fuente de información: Guías recibidas en la Unidad de Coordinación de Procesos

Objetivo 2005-2008
El Hospital adoptará cuantas medidas sean necesarias para que no existan limitaciones al acceso a los tratamientos rehabilitadores

Objetivo 2008
El Hospital contribuirá a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación y la fisioterapia abriendo la sala del Hospital por las tardes cuando la organización de los recursos existente lo permita

Evaluación
Horario de apertura de las salas de fisioterapia

Indicador
Sala de fisioterapia abierta durante 12 horas
Fuente de información: SAU Hospitales

Objetivo 2005-2008
El Hospital se coordinará con los Distritos de Atención Primaria de su ámbito para optimizar el funcionamiento de las salas de rehabilitación y fisioterapia tanto de Atención Primaria como del propio Hospital de acuerdo con lo establecido en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. En las zonas básicas de salud donde la Atención Primaria no disponga de recursos de rehabilitación y fisioterapia, será el propio Hospital el que asuma por completo esta atención, así como la implantación y seguimiento de dicha guía

Objetivo 2008
Los pacientes en rehabilitación, cuyo domicilio esté incluido en el ámbito de actuación de una sala de tratamiento de Atención Primaria, serán derivados a ésta cuando sea técnicamente posible. Cuando la sala no pueda asumir la atención del paciente éste será atendido en la sala de tratamiento del Hospital

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE APOYO A LA FAMILIA (REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA)

Evaluación
Porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento en atención primaria que han sido tratados en el Hospital

Indicador
Número de pacientes tratados en el Hospital procedentes de zonas básicas con sala de fisioterapia menor a 0,1% de la población de referencia de esas salas de fisioterapia
Fuente de información: Auditoría anual, BDU Diciembre 2006

Objetivo 2008
Se revisará la situación del transporte sanitario tanto individual como colectivo para conocer la accesibilidad de personas que necesiten este tipo de servicios

Evaluación
Incidencias y reclamaciones recogidas por la comisión interniveles memoria anual de la comisión de continuidad asistencial

Indicador
Nº de reclamaciones relacionadas con el transporte sanitario recogidas en la memoria anual de la comisión de continuidad asistencial y solución planteada

Objetivo 2008
La comisión interniveles de continuidad asistencial Distrito-Hospital que analiza el plan de racionalización de consultas analizará las derivaciones del Hospital a los dispositivos de apoyo a la rehabilitación de atención primaria, atendiendo particularmente a su pertinencia de acuerdo con lo establecido en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria, y en la Guía de Procedimiento de Equipos de Rehabilitación y Fisioterapia en domicilio, estableciéndose y se establecerán acuerdos para la consecución de objetivos de mejora

Evaluación
Memoria anual de la comisión de continuidad asistencial

Indicador
Nº de derivaciones que no se adecuan a los criterios de la guía y plan de mejora

Objetivo 2008
Los Distritos de Atención Primaria y los Hospitales de las zonas urbanas establecerán acuerdos que harán posible la derivación protocolizada directa de los médicos de familia a los fisioterapeutas del Hospital, siguiendo las indicaciones de la guía y las pautas de actuación EBAP-DAR

Evaluación
Memoria anual de la comisión de continuidad asistencial

Indicador
Valoración de derivaciones protocolizadas realizadas desde atención primaria que se ajustan a los criterios de la guía y pautas de actuación EBAP-DAR

Objetivo 2008
Los Distritos de atención primaria de las zonas urbanas y los Hospitales del Área realizarán un análisis de la accesibilidad de los usuarios a las salas de fisioterapia y rehabilitación. Dicho análisis se acompañará de un plan de actuación, para resolver los déficits de accesibilidad detectados, que contemplará la propuesta de establecer acuerdos con los Hospitales del Área y la apertura conjunta de nuevas salas de tratamiento

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE APOYO A LA FAMILIA (REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA)

Evaluación
Memoria anual de la comisión de continuidad asistencial

Indicador
Análisis de problemas detectados con y solución planteada

Objetivo 2008
El Hospital contribuirá a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación y la fisioterapia llevando la consulta de rehabilitación a todas las salas de atención primaria

Evaluación
Porcentaje de salas de atención primaria con consulta de rehabilitación respecto al total de salas de rehabilitación del Área

Indicador
Porcentaje de salas de atención primaria con consulta de rehabilitación respecto al total de salas de rehabilitación del Área
100% (en las Áreas en las que la plantilla de rehabilitadores es inferior al número de salas, se reducirá este porcentaje de acuerdo con la Subdirección de Atención Especializada)
Fuente de información: Ficha de características de cada sala de atención primaria y Gerhonte

Objetivo 2008
El Hospital contribuirá a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación y la fisioterapia situando a fisioterapeutas del Hospital en salas de fisioterapia de atención primaria que tengan más de 20000 habitantes por fisioterapeuta. Esta forma de colaboración será obligada prioritaria cuando la ratio de fisioterapeutas por habitante del Hospital sea inferior a 12.000 habitantes, empleando para el cálculo la población de referencia de la sala de fisioterapia del Hospital (excluyendo del cálculo poblacional a la población de referencia de las salas de Atención Primaria pertenecientes al Área Hospitalaria) que sólo puede ser atendida por el Hospital

Evaluación
Ratios de fisioterapeutas de los dispositivos asistenciales de Atención Primaria y de Atención Especializada Hospitalaria

Indicador
Número de fisioterapeutas de la sala de fisioterapia/ población de referencia de la sala de fisioterapia
Fuente de información: BDU diciembre de 2007 y registros de la aplicación Gerhonte

Objetivo 2005-2008
Todos los pacientes que requieren rehabilitación y no pueden o no deben desplazarse a una sala de tratamiento serán atendidos en su propio domicilio en los plazos más convenientes para su mejor evolución. Para ello, en el caso de que el domicilio del paciente tenga como referencia una zona básica con una sala de fisioterapia o con un equipo móvil, el paciente será dirigido adecuadamente en forma y plazo al dispositivo de apoyo a la rehabilitación de atención primaria. En el caso de que el paciente habite en una zona básica en la que el único recurso de rehabilitación está situado en el Hospital, serán los fisioterapeutas del Hospital los que se desplacen al domicilio del paciente

Objetivo 2008
Todos los pacientes que requieren rehabilitación y no pueden o no deben desplazarse a una sala de tratamiento serán atendidos en su propio domicilio en los plazos más convenientes para su mejor evolución

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE APOYO A LA FAMILIA (REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA)

Evaluación
a) Áreas con equipos móviles: Porcentaje de pacientes G1 del equipo móvil que son procedentes de Atención Especializada Hospitalaria
b) Áreas en las que el Hospital es el único recurso de rehabilitación: Número de pacientes atendidos en domicilio

Indicador
a) Áreas con equipos móviles: Porcentaje de pacientes G1 del equipo móvil que son procedentes de atención especializada Hospitalaria. Valores admitidos: superior a 25% (inferior a 50%)
b) Áreas en las que el Hospital es el único recurso de rehabilitación: Número de pacientes atendidos en domicilio. Valores admitidos: 0,09% anual de la población
Fuente de información: SIGAP e INIHOS

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Objetivo 2005-2008
La oferta de técnicas de reproducción humana asistida se ampliará de cara a garantizar el acceso de forma más equitativa a este tipo de tratamientos, siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía de Reproducción Humana Asistida del Servicio Andaluz de Salud

Objetivo 2008
Todos los Hospitales que ofertan técnicas básicas de reproducción humana asistida (inseminación artificial), garantizarán un plazo de respuesta de inicio de esta técnica inferior a 6 meses tras su indicación facultativa.

Objetivo 2008
Todos los Hospitales que realizan técnicas de reproducción humana asistida ofertarán, en caso de indicación, inseminación artificial de la pareja e inseminación artificial con semen de donante.

Objetivo 2008
Los siguientes Hospitales con unidades de reproducción con técnicas FIV-ICSI ya existentes aumentarán su rendimiento

Objetivo 2008
Todos los Hospitales pertenecientes a un área de referencia de técnicas avanzadas consensuarán y elaborarán protocolos comunes de asistencia que permiten la asistencia compartida en los procedimientos avanzados de reproducción humana asistida.

Objetivo 2008
Todos los Hospitales recogerán y gestionarán la asistencia en reproducción humana asistida a través del Registro de Reproducción Humana Asistida del SSPA (RRHA/SSPA).

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE GENÉTICA

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
PLAN DE GENÉTICA

Objetivo 2007-2008
Garantizar la accesibilidad y la equidad mediante la provisión de servicios públicos de genética clínica multidisciplinares, integrales y armonizados en los centros del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que permitan una atención de calidad a personas y familias con enfermedades de base genética o con riesgo de padecerlas, de acuerdo con la siguiente cartera de servicios

	UNIDADES BÁSICAS	UNIDADES REGIONALES	UNIDADES DE REFERENCIA
I) Consultas externas	X	X	X
Consultas de Genética Clínica	X	X	X
Atención de pacientes y familias con:	X	X	X
Anomalías congénitas y del desarrollo.	X	X	X
Enfermedades hereditarias infantiles y de adulto			X
Retraso mental	X	X	X
Anomalías cromosómicas	X	X	X
Cáncer familiar			X
Consulta de Diagnóstico Prenatal	X	X	X
Gestantes con riesgo de gestación con:	X	X	X
Anomalías congénitas y del desarrollo	X	X	X
Anomalías cromosómicas	X	X	X
Enfermedades hereditarias			X
Gestantes en las que exista sospecha de anomalía fetal que precise diagnóstico genético	X	X	X
II) Laboratorios		X	X
Laboratorio de Citogenética Clínica		X	X
Laboratorio de Genética Molecular			X
III) Banco de ADN		X	X
IV) Asesoría y coordinación con otras especialidades, como obstetricia y ginecología, neurología, pediatría y oncología	X	X	X
V) Evaluación y auditoría de la actividad asistencial	X	X	X
VI) Desarrollo y aplicación de guías clínicas y formación continuada	X	X	X
VII) Investigación	X	X	X

Objetivo 2008
Los siguientes Hospitales configurarán unidades de genética de acuerdo al Plan de Genética de Andalucía:

- **H. Torrecárdenas (U. Básica)**
- **H. Puerta del Mar (U. Regional)**
- **H. Reina Sofía (U. Regional)**
- **H. Virgen de las Nieves (U. de Referencia)**
- **H. San Cecilio (U. Regional)**
- **H. Juan Ramón Jiménez (U. Básica)**
- **C. H. Jaén (U. Básica)**
- **H. Carlos Haya (U. de Referencia)**
- **H. Virgen de la Victoria (U. Regional)**
- **H. Virgen Macarena (U. Regional)**
- **H. Virgen del Rocío (U. de Referencia)**

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN

ATENCIÓN A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN
ATENCIÓN A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Objetivo 2007-2008
Los Hospitales en coordinación con los Distritos garantizarán la mejora continua de la calidad de la atención a los pacientes en anticoagulación oral, con especial énfasis en la descentralización de la atención a los pacientes estables con tratamiento anticoagulante oral (TAO), según los criterios establecidos en el documento Coordinación en el control y seguimiento del paciente con anticoagulación oral, editado por el SAS y la Consejería de Salud en 2005

Objetivo 2008
El Hospital Reina Sofía tomará las medidas necesarias para iniciar en el primer semestre del año la efectiva descentralización a Primaria de la atención a pacientes estables con TAO, según los criterios establecidos
El hospital Infanta Margarita tomará las medidas oportunas para completar a lo largo del año la descentralización a Primaria de la atención a pacientes estables con TAO, según los criterios establecidos.

Indicador
Número de pacientes estables derivados para control en A. Primaria

Evaluación
Anual. Auditoria

Objetivo 2008
Todos los Hospitales tomarán las medidas necesarias para que el 100% de los pacientes estables con TAO sean controlados en A. Primaria
Se entiende por "paciente controlado en atención primaria al que se le hace la extracción, más la pauta de tratamiento y el seguimiento en el centro de salud", tal como se recoge en el Documento de Coordinación arriba mencionado

Indicador
Número de pacientes derivados para control en A. Primaria x 100 / Número de pacientes estables con TAO

Evaluación
Anual. Auditoria

ANEXO
PLANES INTEGRALES DE SALUD

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 2005-2008
Ordenación de la demanda: El Hospital establecerá los criterios para que la demanda de Salud Mental sea atendida en el ámbito adecuado, facilitando la accesibilidad del usuario a los servicios y garantizando la continuidad de cuidados

Objetivo 2008
Se acordará con AP el número de primeras consultas, no superando las del año anterior

Indicador
Número y porcentaje de primeras consultas respecto al año 2006

Objetivo 2008
El Hospital mantendrá una demora media para la primera consulta en ESMD inferior a 15 días y una demora máxima igual o inferior a 60 días

Indicador
Nº de días de demora media y máxima

Objetivo 2008
Se mantendrá la capacidad de resolución de los ESMD produciéndose al menos un 80% de altas sobre las primeras consultas

Indicadores
Relación nº altas / primeras consultas

Objetivo 2008
El Hospital continuará desarrollando la personalización de los cuidados mediante la asignación de una enfermera de referencia (modelo de asignación primaria) en las Unidades de Hospitalización y las Comunidades Terapéuticas y mediante una enfermera referente en aquellos dispositivos (ESMD, USMI-J, URA y HD) con más de una enfermera adscrita

Evaluación
Se elaborará y remitirá un informe a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados donde se especifique cómo se implanta en estas Unidades la personalización de los cuidados, así como el nivel de desarrollo en las unidades ya implantadas el año anterior. Este informe debe incluir como mínimo los siguientes datos: descripción de ventajas y/o dificultades en la implantación y % de pacientes con enfermera referente asignada. Remitir a la DRDIC en Noviembre

Objetivo 2008
En los ESMD se elaborará un Plan Cerrado de Tratamiento para los pacientes nuevos con ansiedad, depresión y/ó somatizaciones

Indicador
% de personas diagnosticadas con plan cerrado de tratamiento

Objetivo 2008
El Hospital conjuntamente con los Distritos correspondientes creará e impulsará los grupos de desarrollo e implantación de los procesos Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Indicador
Creación de los grupos de desarrollo e implantación de los mencionados procesos con la consiguiente cumplimentación de la "Ficha de Implantación de Procesos Asistenciales" (Anexo II) y el desarrollo de la arquitectura cuatro que tendrán que ser enviados a la Subdirección de Coordinación de Salud

Objetivo 2008
El número de consultas por facultativo y día en los ESMD será igual o superior a 8

Indicador
Nº consultas facultativo / día según sistema de información pertinente

Objetivo 2005-2008
El Hospital mejorará la atención de personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG)

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que en los ESMD el 100% de los pacientes nuevos con TMG atendidos en 2007 y 2008, así como todos los pacientes en recursos residenciales de FAISEM contaran con un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) y se incrementará como mínimo en un 10% el porcentaje de personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG) con PIT que iniciaron contacto con el ESMD antes del año 2007. En los demás dispositivos el 100% de los personas diagnosticadas de TMG contarán con PIT

Indicador
Número de personas diagnosticadas de TMG atendidos con Plan Individualizado de Tratamiento X 100 / número de personas diagnosticadas de TMG

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que a cada paciente con TMG se le realicen, al menos, 7 consultas programadas / año

Indicador
Nº de personas diagnosticadas de TMG con al menos 7 consultas programadas/ año x 100 / Total personas diagnosticadas de TMG

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que las consultas domiciliarias realizadas por los ESMD a personas diagnosticadas de TMG se mantendrán, como mínimo, en los niveles del año anterior

Indicador
Nº de consultas domiciliarias a personas diagnosticadas de TMG en 2008 - Nº de consultas domiciliarias a personas diagnosticadas de TMG en 2007 x 100 / Nº de consultas domiciliarias a personas diagnosticadas de TMG en 2007

Objetivo 2008
En cada Área / UGC de salud mental la Comisión de TMG se reunirá al menos 10 veces año, con inclusión de profesionales de Salud Mental, Atención Primaria y FAISEM.

Indicador
Nº de Comisiones de TMG al año

Objetivo 2008
Profesionales del Área / UGC de salud mental asistirán a las reuniones bimensuales de la Comisión Provincial Intersectorial con participación de FAISEM e Igualdad y Bienestar Social

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Indicador
Nº de reuniones de la Comisión Provincial Intersectorial a las que asisten profesionales del Área/UGC / Nº de reuniones convocadas

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que cada paciente ingresado en Comunidad Terapéutica será evaluado semestralmente por una comisión de Área / UGC en la que estén representados todos los dispositivos implicados

Indicador
Nº de pacientes evaluados semestralmente x 100 / total de pacientes ingresados en CT con más de seis meses de estancia

Objetivo 2005-2008
El Hospital mejorará la calidad asistencial en las Unidades de Salud Mental

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que los distintos equipos de salud mental remitan a la USM HG, en el plazo de 48 horas (días hábiles), informes de ingreso y de continuidad de cuidados de aquellos de sus pacientes que sean ingresados en la misma

Indicador
Nº de ingresos de pacientes ingresados en USMHG con informe de ingreso realizado por ESMD X 100 / Total de ingresos de pacientes en USMHG (Se excluyen los pacientes que no han tenido contacto previo con el ESMD)
Nº de ingresos de pacientes atendidos en dispositivos de salud mental con ICCE X 100 / Total de ingresos de pacientes atendidos en dispositivos de salud mental Junio y noviembre

Objetivo 2008
Para los pacientes dados de alta en USMIJ, URA, CT y HD se elaborará informe al alta y de continuidad de cuidados en el 100 % de los casos. En la USM HG se elaborará informe al alta en el 100% de los casos e informe de continuidad de cuidados en el 70%

Indicador
Nº de pacientes que cuentan con informe al alta y de continuidad de cuidados x 100 / Nº de pacientes dados de alta. Junio y noviembre

Objetivo 2008
A todos los pacientes dados de alta de la USM HG se les gestionará la cita con el ESMD correspondiente, para que sean vistos en el plazo de 48 horas (días hábiles). Si el paciente no acude a la cita, el ESMD se pondrá en contacto con él

Indicador
Nº de pacientes dados de alta con cita en el ESMD en el plazo de 48 horas X 100 / total de pacientes dados de alta

Objetivo 2008
Las contenciones mecánicas se aplicarán sometiéndose al protocolo establecido, reduciéndose el número de episodios de contención en un 10% sobre los registrados en el año anterior.

Indicador
Nº de pacientes a los que se le ha aplicado el protocolo x 100 / Nº pacientes sometidos a CM

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Evaluación
Se elaborará un informe resumen de contenciones mecánicas obtenido del registro establecido y se enviará al Programa de Salud Mental. Diciembre

Objetivo 2008
El Hospital estabilizará la estancia media de la psicosis (GDR 430) al estándar de 18 días en las Unidades de Salud Mental de Hospital General

Indicador
Estancia media del GDR 430

Objetivo 2008
El Hospital garantizará una disminución del 10 % del porcentaje de reingresos en menos de 30 días con respecto al año anterior

Indicador
(% de reingresos en menos de 30 días en el año 2006 - % reingresos en menos de 30 días en el año 2008) * 100 / % reingresos en menos de 30 días 2007

Objetivo 2005-2008
El Hospital mejorará la atención a los problemas de la infancia y adolescencia

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la coordinación y continuidad asistencial mediante reuniones bimensuales de coordinación entre los ESMD y la USMIJ

Indicador
Nº de reuniones realizadas durante el año

Objetivo 2008
El Hospital mantendrá una demora media para la primera consulta en USMIJ igual o inferior a 10 días y una demora máxima igual o inferior a 30 días

Indicador
Nº de días de demora media y máxima

Objetivo 2008
Se aumentará la capacidad de resolución de las USMIJ produciéndose al menos un 80% de altas sobre las primeras consultas

Indicadores
Relación Nº altas / primeras consultas

Objetivo 2008
El Hospital mantendrá el número de consultas facultativo / día en USMIJ, que será igual o superior a 7 consultas

Indicador
Nº consultas facultativo / día

Objetivo 2005-2008
El Hospital informatizará sus dispositivos de salud mental

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 2008
Los dispositivos de Salud Mental registrarán los datos administrativos, sociodemográficos, diagnósticos y tipo de intervención: en los ESMD y USMIJ en el 95% los pacientes activos, y en los demás dispositivos, en el 100% de los pacientes

Indicador
% de cumplimentación

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales asegurarán el funcionamiento de las Comisiones Centrales de Tumores de acuerdo con los objetivos del Plan Oncológico

Objetivo 2008
Consecución de la historia clínica única para el paciente oncológico (Valme, Macarena, Puerta del Mar, Torrecárdenas, Reina Sofía, Carlos Haya, Ciudad de Jaén, V. Nieves, Algeciras y Jerez)

Evaluación
Auditoría

Indicador
100% de pacientes diagnosticados

Objetivo 2008
Asegurar el protocolo Hospitalario para los tumores urológicos y ginecológicos

Evaluación:
Auditoría y seguimiento de los protocolos

Indicador
Protocolos del total de tumores de las seis localizaciones

Objetivo 2008
El Hospital debatirá el seguimiento mínimo post-tratamiento para los tumores de mama, pulmón, colon y recto (digestivos), próstata (urológicos) y ginecológicos

Evaluación
Acuerdos explícitos de seguimiento mínimo post-tratamiento

Indicador
Constancia escrita de los acuerdos

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales ordenarán la atención al paciente oncológico mediante unidades funcionales, al menos para los tumores de mama, pulmón, colon y recto (digestivos), próstata (urológicos) y ginecológicos

Objetivo 2008
Se crearán dos unidades funcionales de acuerdo al Plan en todos los Hospitales que tratan pacientes oncológicos. Una de ellas deberá estar dedicada al cáncer de mama

Evaluación
Auditoría

Indicador
Creación de las unidades funcionales

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales tendrán organizada la administración de tratamientos citostáticos mediante unidades específicas en los Servicios de Farmacia

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA

Objetivo 2008
Los hospitales incorporarán la prescripción electrónica en las áreas de tratamiento con citostáticos

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicador
Elaboración de memoria de actividad

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales de referencia para onco-hematología, los Hospitales comarcales y los centros de salud de AP establecerán los procedimientos necesarios que permitan mejorar la accesibilidad de los pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico

Objetivo 2008
Los Hospitales de referencia en onco-hematología establecerán los mecanismos necesarios que posibiliten a los Hospitales comarcales de su ámbito administrar los tratamientos quimioterápicos por vía parenteral, siempre que los criterios clínicos así lo permitan y que mejore la accesibilidad

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicador
Protocolo de criterios clínicos para la administración de tratamiento quimioterápico en Hospitales comarcales
Número de pacientes tratados con quimioterapia en Hospitales comarcales

Objetivo 2008
El Hospital de Pozoblanco incorporará a su cartera de servicios la administración de tratamiento citostáticos de toxicidad baja y moderada

Evaluación
Anual. Auditoria

Indicador
Número de pacientes tratados con quimioterapia en Hospital comarcal

Objetivo 2005-2008
Completara los Equipos de soporte de cuidados paliativos en los Hospitales definidos en el Plan Integral de Oncología

Objetivo 2008
Los Hospitales de Ronda y Riotinto se dotarán de equipos de soporte de pacientes en situación paliativa

Evaluación
Anual. Remisión de datos. Auditoría

Indicador
Número de pacientes incorporados al programa de cuidados paliativos desde los equipos de soporte de nueva creación

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA

Objetivo 2005-2008
El Hospital establecerá los protocolos y circuitos necesarios para que la analítica previa al tratamiento quimioterápico se realice en AP y se valoren los resultados en el HDM antes de la consulta para la administración del tratamiento

Objetivo 2008
Todos los hospitales garantizarán la implantación de este protocolo en el 100% de los casos en los que sea viable

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicador
Número de pacientes en tratamiento quimioterápico (HDM) que siguen el protocolo x 100 / Número de pacientes en tratamiento quimioterápico (HDM)

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará que pueda ofertarse la BSGC a todas las mujeres que vayan a intervenirse de cáncer de mama y cumplan los requisitos establecidos

Objetivo 2008
Durante el año 2008 todos los Hospitales ofertarán la BSGC asociada a la intervención quirúrgica del cáncer de mama

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicador
Número de mujeres a las que se ha realizado BSGC / Total de mujeres intervenidas de cáncer de mama

Objetivo 2008
Durante el año 2008 todos los Hospitales que no tengan servicio de medicina nuclear establecerán protocolos de actuación con sus Hospitales de referencia para establecer o consolidar la técnica de BSGC en la cirugía del cáncer de mama

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicador
Existencia de protocolo con Hospital de referencia para la realización de la BSGC en la cirugía del cáncer de mama

Evaluación
Anual. Auditoría

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará el abordaje tanto de los aspectos preventivos como terapéuticos de las mujeres con cáncer de mama afectadas de linfedema según lo establecido en el subproceso

Objetivo 2008
Todos los Hospitales iniciarán en 2008 la implantación del subproceso

Evaluación
Anual.

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA

Indicador
Criterios de implantación de procesos

Objetivo 2005-2008
El Hospital implantarán la detección precoz del cáncer de cérvix

Objetivo 2008
Todos los Hospitales acometerán las medidas organizativas para la implantación de la detección precoz del cáncer de cérvix

Evaluación
Anual. Auditoria

Indicador
Inicio actividades

Objetivo 2005-2008
El Hospital garantizará que se mecanice en la aplicación informática específica toda la información generada por la derivación de mujeres desde el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

Objetivo 2008
El Hospital garantizará que se mecanice en la aplicación informática específica el 100% de la información generada por cada mujer derivada por el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

Evaluación
Anual

Indicador
Nº de mujeres derivadas con información completa / Total de mujeres derivadas x 100
Aplicación específica DCM
Objetivo 2005-2008
Desarrollar, en el marco del Plan Integral de Oncología y del Plan de Investigación de la Consejería de Salud, la Red de Banco de Tumores de Andalucía

Objetivo 2008
Ampliación de la red de banco de tumores, autorización de nuevos bancos y reautorización de bancos existentes

Evaluación
Auditoria

Indicador
Cumplimiento de los requisitos previos

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE DIABETES

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE DIABETES

Objetivo 2005-2008
Se potenciará la atención a las personas con diabetes en el ámbito del Hospital de Día, en las circunstancias y para las indicaciones establecidas en anexo

Objetivo 2008
Organización funcional en régimen de Hospital de Día en los Hospitales regionales y de especialidades en los que no exista (V. Valme, H. Jerez, H. Puerto Real, V. Nieves, San Cecilio, Reina Sofía, H. General Málaga, Juan Ramón Jiménez, CH Jaén, Torrecárdenas)

Evaluación
Auditoría

Indicador
Hospital de día funcionante

Objetivo 2008
Atención en régimen de Hospital de Día de Diabetes (HDD) (H. Virgen del Rocío, H. Puerta del Mar, H. Virgen de la Victoria, H. Virgen Macarena)

Evaluación
Registros HDD

Indicadores
1. Número total de pacientes con diabetes atendidos en HDD en cada una de las categorías contempladas
2. Número de pacientes con debut de Diabetes tipo 1 no remitidos a Hospitalización / Número total de pacientes con debut de Diabetes tipo 1 atendidos en HDD (OBJETIVO >= 20%)

Objetivo 2005-2008
Establecimiento de modelos de coordinación entre Hospitales Regionales o de especialidades y Hospitales Comarcales para la organización de la asistencia a las personas con diabetes en las situaciones en que sea necesaria esta coordinación

Objetivo 2008
Todos los Hospitales Comarcales establecerán acuerdos de coordinación con los Hospitales de referencia para la asistencia a las personas con diabetes (tratamiento con BICI, atención al niño y a la mujer embarazada con diabetes, atención psicológica específica, planificación del embarazo en la mujer con diabetes y valoración multidisciplinar del pie diabético de evolución tórpida)

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicadores
Existencia de acuerdos de coordinación escritos para al menos 5 de las seis situaciones

Objetivo 2008
En los Hospitales autorizados para tratamientos con bombas de infusión continua de insulina (BICI) se registrarán todos los tratamientos solicitados y autorizados en la aplicación informática del Plan Integral de Diabetes

Evaluación
Anual
Sistemas de Información del Plan de Diabetes (aplicación informática de soporte) y remisión de datos a DGAS
Indicadores

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE DIABETES

Número de pacientes registrados en aplicación informática del Plan Integral de Diabetes / Total de solicitudes de tratamiento con BICI autorizadas (OBJETIVO: 100%)

Objetivo 2008
En todos los Hospitales se promoverá la planificación de la gestación para las mujeres con diabetes en edad fértil

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicadores
Número de embarazadas con diabetes en las que se ha hecho planificación de la gestación / Número total de embarazadas con diabetes atendidas (OBJETIVO >= 50%)

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales se coordinarán con Atención Primaria para la puesta en marcha y desarrollo del Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética (PDPRD), estableciendo los medios necesarios para la confirmación diagnóstica y el oportuno tratamiento de los casos detectados

Objetivo 2008
Establecimiento de los circuitos para la puesta en marcha del PDPRD en todos los Hospitales en los que no se ha iniciado (todos los Hospitales de Córdoba, H. General y H. Virgen de la Victoria de Málaga y Huércal-Overa)

Evaluación
Anual. Sistemas de Información del PDPRD (aplicación informática de soporte)

Indicador
Inicio de las actividades (OBJETIVO: 100% de los Hospitales)

Objetivo 2008
Informe oftalmológico de las retinografías enviadas desde Atención Primaria

Evaluación
Anual
Sistemas de Información del PDPRD (aplicación informática de soporte)

Indicador
1. Número de lecturas de retinografías informadas por el oftalmólogo, en cada una de las posibles categorías de retinopatía diabética contempladas en la aplicación informática de soporte del PDPRD
2. Tiempo medio transcurrido entre el envío de las retinografías desde Atención Primaria y el informe oftalmológico de las mismas (OBJETIVO: máximo 15 días en al menos 50% de las retinografías enviadas)

Objetivo 2008
Atención temprana de los pacientes en los que se detecta retinopatía diabética susceptible de tratamiento con laserterapia y/o cirugía

Evaluación
Anual
Sistemas de Información del PDPRD (aplicación informática de soporte)

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE DIABETES

Indicador
1. Número total de pacientes del PDPRD atendidos en el servicio de Oftalmología
2. Número de pacientes del PDPRD con retinopatía susceptible de tratamiento (requieren tratamiento con laserterapia y/o cirugía)
3. Atención temprana (máximo 30 días) de los pacientes con retinopatía susceptible de tratamiento (OBJETIVO: >= 80%)

Objetivo 2005-2008
En los Hospitales se facilitará la formación de profesionales sanitarios en Educación Diabetológica y se pondrán los medios necesarios para el desarrollo de esta actividad de forma estructurada y sistematizada

Objetivo 2008
Actividades de formación en Educación Diabetológica realizadas en el Hospital

Evaluación
Anual
Remisión de datos

Indicador
1. Número y tipo de profesionales del Hospital que han recibido formación en Educación Diabetológica en el año (OBJETIVO: al menos dos en el año)
2. Número de actividades de formación en Educación Diabetológica realizadas en colaboración con la Atención Primaria (OBJETIVO: al menos dos en el año)

Objetivo 2008
Actividades de Educación Diabetológica realizadas en el Hospital

Evaluación
Anual. Auditoría

Indicador
Porcentaje de pacientes con diabetes que reciben Educación Diabetológica individual o grupal en el Hospital (OBJETIVO: >= 80%)

Objetivo 2008
Actividades de formación en Proceso Diabetes realizadas en el Hospital

Evaluación
Anual. Remisión de datos

Indicador
Número de actividades de formación en conocimientos, habilidades y metodología del Proceso Diabetes Mellitus realizadas en el Hospital (OBJETIVO: al menos dos en el año)

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE DIABETES

1) Tratamiento de la diabetes en Hospital de Día

- Debut DM1 sin descompensación aguda en ausencia de cetoacidosis diabética, para la valoración inicial, comienzo del tratamiento insulínico y de un plan de educación diabetológica intensivo.
- Inicio de tratamiento en la mujer embarazada con diabetes.
- Descompensación / inestabilidad en el control de la diabetes sin complicación aguda.
- Inicio de tratamiento intensivo con bombas de infusión de insulina, y atención a problemas intercurrentes que se puedan presentar con este tipo de terapia.
- Tratamiento del pie diabético de evolución tórpida. Pacientes que precisan curas diarias de úlceras o valoración / supervisión multidisciplinar. Sería el punto referente de contacto en el ámbito Hospitalario para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación entre todas las disciplinas implicadas.

2) Coordinación Interhospitales

Situaciones que requieren coordinación entre los Hospitales de especialidades y los comarcales:

- Tratamiento con Bomba de Infusión Continua de Insulina (BICI)
- Atención al niño con diabetes
- Planificación de embarazo en la mujer con diabetes
- Atención a la mujer con diabetes embarazada
- Valoración multidisciplinar del pie diabético de evolución tórpida
- Atención psicológica especifica para los casos que lo precisen (fundamentalmente algunos casos de niños y adolescentes con diabetes, y padres de niños con diabetes)

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE DIABETES

3) Indicadores para la evaluación del Plan Integral de Diabetes

ÁMBITO	INDICADOR	OBJETIVO
Hospital de Día	Nº de pacientes con diabetes atendidos en Hospital de Día en cada una de las categorías contempladas.	
	Nº pacientes que no han sido remitidos para Hospitalización respecto al total de pacientes con debut de Diabetes tipo 1 atendidos en el Hospital de Día.	**≥ 20%.**
Educación Diabetológica	Nº de actividades de Educación Diabetológica realizadas en el Hospital.	**Más de 2 actividades en el año.**
	Nº de actividades de Educación Diabetológica realizadas en el Hospital en colaboración con atención primaria.	**Más de 2 actividades en el año**.
Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética	Nº pacientes del Programa de Detección precoz de retinopatía diabética atendidos en el servicio de Oftalmología y número de pacientes que necesitan tratamiento con laserterapia y/ó cirugía.	**Atención a ≥ 80 % de los pacientes con retinopatía grave o muy grave en un plazo máximo de 30 días.**
	Nº lecturas retinografías de pacientes con diabetes informadas por el oftalmólogo, en cada una de las categorías posibles contempladas en la aplicación informática del Programa de Detección Precoz de Retinopatía Diabética.	**Informe en un plazo máximo de 15 días de al menos el 50% de las retinografías enviadas desde atención primaria.**
Coordinación interhospitales	Existencia de acuerdos de coordinación entre Hospitales de especialidades y Hospitales comarcales (apartado 2 sobre coordinación interHospitales).	**Existen acuerdos en al menos 5 de los seis puntos.**
BICI	Registro de todos los tratamientos con bombas de infusión de insulina (BICI) en la aplicación informática del Plan Integral de Diabetes: Nº de pacientes registrados sobre el total de solicitudes de tratamiento realizadas.	**100% (En los Hospitales autorizados para tratamiento con BICI)**

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATIAS

Objetivo 2005-2008
Los Hospitales impulsarán la implantación de los procesos asistenciales RIESGO VASCULAR y DOLOR TORÁCICO.

Objetivo 2008
Los Hospitales priorizarán la implantación del PROCESO RIESGO VASCULAR.

Evaluación: Anual
Auditoria

Indicador
Nº de centros con PROCESOS RIESGO VASCULAR implantado x100 / Nº total de centros del Distrito

Objetivo 2008
Registro en Historia Clínica Hospitalaria de la existencia (o en su caso ausencia) de FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) MAYORES en ≥ 75 % de los pacientes atendidos durante el año por los Servicios o Unidades de Gestión Clínica imbricados en el Proceso RIESGO VASCULAR (Cardiología, Medicina Interna, Cirugía Cardiovascular, Neurología, Cuidados Críticos y Urgencias, etc.).

Evaluación: Anual
Auditoria

Indicador
Nº de pacientes con registro en historia de la existencia (o en su caso ausencia) de FRCV MAYORES Hospitalizados en el año X 100 / Nº total de pacientes Hospitalizados o atendidos en Consulta atendidos durante el año.

Objetivo 2008
Cuantificación y registro en Historia Clínica de Consultas de los Servicios y UGC imbricados en el Proceso RIESGO VASCULAR (Cardiología, Medicina Interna, Cirugía Cardiovascular, Neurología, etc.) del RIESGO VASCULAR en ≥ 50 % de pacientes con ≥ 1 FRCV mayor atendidos durante el año.

Evaluación. Anual
Auditoria

Indicador
Nº de pacientes con ≥ 1 FRCV mayor con registro y cuantificación del Riesgo CV X 100 / Nº total de pacientes atendidos en el año con al menos 1 factor de RV.

Objetivo 2008
Los Informes de Alta de pacientes con enfermedad cardiovascular atendidos en el Hospital por cualquiera de los Servicios y UGC imbricados en el Proceso RIESGO VASCULAR (Cardiología, Medicina Interna, Cirugía Cardiovascular, Neurología, etc.), deberán llevar incluidas las normas básicas de prevención cardiovascular de acuerdo a las Guías de Practica Clínica de Prevención de Riesgo Cardiovascular en ≥ 75 % de casos.

Evaluación. Anual
Auditoria

Indicador
Nº de Informes de Alta de pacientes con enfermedad CV con normas básicas de prevención de RCV X 100 / Nº total de pacientes atendidos en el año con al menos 1 factor de RV.

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATIAS

Objetivo 2008
El Hospital priorizará la formación de los profesionales en PROCESO RIESGO VASCULAR

Evaluación: Anual
Memoria anual

Indicadores
Nº de profesionales médicos / enfermeras que han realizado un curso de formación en el año x100 / +Total de profesionales

Objetivo 2008
El Hospital priorizará la implantación del PROCESO DOLOR TORACICO

Evaluación: Anual
Auditoria

Indicador
Nº de centros con Proceso DOLOR TORACICO implantado x100 / Nº total de centros del Distrito

Objetivo 2008
Los Hospitales y sus Distritos, de acuerdo con EPES, desarrollaran planes y estrategias PROVINCIALES de reperfusión precoz en los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con elevación de ST (IAMCEST).

Evaluación. Anual
Auditoria

Indicador
Actas de Reuniones y/ó Plan de Reperfusión en IAMCEST

Objetivo 2008
Los Hospitales, a través de los Servicios y UGC imbricados en el proceso Dolor Torácico, harán constar en la historia clínica de Urgencias, Cuidados Críticos y Cardiología el nivel de gravedad de pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (SCASEST) de acuerdo a Guías de Práctica Clínica.

Evaluación: Anual
Auditoria

Indicador
Nº de Historia clínicas de pacientes con SCASEST con evaluación de gravedad en el año X 100 / Nº de pacientes con SCASEST atendidos en un año.

Objetivo 2008
Los Hospitales y los Servicios y UGC imbricados en el Proceso Dolor Torácico, desarrollaran planes y estrategias de reperfusión de acuerdo a los niveles de gravedad en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (SCASEST).

Evaluación: Anual
Auditoria

Indicador
Actas de Reuniones y/ó Plan de Reperfusión en SCASEST

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATIAS

Objetivo 2008
Primera asistencia en Urgencia Hospitalaria del paciente con dolor torácico (incluido ECG) en ≤ 10 minutos y en ≤ 30 minutos si el dolor ha cedido, de acuerdo al Proceso Dolor Torácico

Evaluación. Anual
Auditoria

Indicador
Nº de pacientes con dolor torácico presente y tiempo registrado <10 min. en historia clínica x100 / Nº total de pacientes con dolor torácico atendidos en el año.

Objetivo 2008
El Hospital priorizará la formación de los profesionales en PROCESO DOLOR TORACICO

Evaluación. Anual
Memoria anual

Indicadores
Nº de profesionales médicos / enfermeras que han realizado un curso de formación en el año x100 / Total de profesionales

Objetivo 2008
Los hospitales de niveles 3 y 4 pondrán en marcha un Programa de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca según se establece en el Plan Integral de Cardiopatías

Evaluación anual
Memoria anual

Indicadores
Número de pacientes varones incluidos en el programa
Número de pacientes mujeres incluidos en el programa.

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO

Objetivo 2006-2008
Los Hospitales deberán garantizar que se recoja el hábito tabáquico en la historia clínica de todos los pacientes atendidos en consulta o en hospitalización

Objetivo 2008
El registro en historia clínica de presencia o ausencia del consumo, nº de cigarrillos al día, nº de años de consumo y estadio en que se encuentra la persona fumadora, deberá estar recogido en el 90% de las historias de las personas atendidas en consulta nueva o en hospitalización en los servicios de obstetricia, pediatría, neumología, cardiología, cirugía cardiovascular, neurología, medicina interna, angiología y cirugía vascular, Endocrinología y nutrición, Oncología médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psiquiatría.

Evaluación: Anual
Auditoria de historias clínicas

Indicador
Nº de historias de personas atendidas en consulta nueva o en hospitalización en los servicios mencionados en las que consta el hábito tabáquico, nº cig./día, años de consumo, y estadio / Nº de personas atendidas en consulta o en hospitalización en dichos servicios en el periodo

Objetivo 2006-2008
Todos los profesionales (facultativos y enfermería) realizarán intervención básica según los criterios del Plan Integral a todas las personas fumadoras atendidas en consulta o en hospitalización

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la intervención básica al 95% las personas fumadoras atendidas en consulta o en hospitalización en los servicios de obstetricia, pediatría, neumología, cardiología, cirugía cardiovascular, neurología, medicina interna, Angiología y cirugía vascular, Endocrinología y nutrición, Oncología médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psiquiatría.

Evaluación: Anual
Auditoría de historias clínicas

Indicador
Nº de personas fumadoras atendidas en consulta o en hospitalización en los servicios mencionados a los que se ha realizado intervención básica / total de personas fumadoras en los servicios mencionados X 100 en el periodo

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la intervención avanzada individual al 10% las personas fumadoras atendidas en los servicios de obstetricia, neumología, cardiología, cirugía cardiovascular, neurología, medicina interna, Angiología y cirugía vascular, Endocrinología y nutrición, Oncología médica, Otorrinolaringología.

Evaluación: Anual
Auditoría

Indicador
Nº de personas fumadoras atendidas en los servicios mencionados en consulta o en hospitalización a los que se ha realizado intervención avanzada individual / total de personas fumadoras atendidas en los servicios mencionados X 100 en el periodo

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO

Objetivo 2008
El hospital garantizará el tratamiento farmacológico a través de los servicios de farmacia a los pacientes ingresados en los que exista indicación según protocolo

Indicador
Nº de pacientes ingresados fumadores a los que se les realiza tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico * 100 en el periodo/Nº total de pacientes ingresados fumadores

Objetivo 2006-2008
El Hospital garantizará la formación en tabaquismo según los criterios del Plan Integral a todos los profesionales (facultativos y enfermería) que prestan asistencia a personas ingresadas

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la formación básica al 60% de los profesionales (facultativos y enfermería) que prestan asistencia en los servicios de obstetricia, neumología, pediatría, cardiología, cirugía cardiovascular, neurología, medicina interna, Angiología y cirugía vascular, Endocrinología y nutrición, Oncología médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psiquiatría.

Evaluación: Anual
Memoria anual

Indicador
Nº de profesionales por categoría profesional que han recibido formación básica por categoría profesional en los servicios mencionados / Nº de profesionales por categoría profesional de los servicios mencionados X100 en el periodo

Objetivo 2008
El Hospital garantizará la formación en intervención avanzada individual al 10% de los profesionales (facultativos y enfermería) que prestan asistencia en los servicios de obstetricia, pediatría, neumología, cardiología, cirugía cardiovascular, neurología, medicina interna, Angiología y cirugía vascular, Endocrinología y nutrición, Oncología médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psiquiatría.

Evaluación: Anual
Memoria anual

Indicador
Nº de profesionales por categoría profesional que han recibido formación en intervención avanzada individual por categoría profesional en los servicios mencionados / Nº de profesionales por categoría profesional de los servicios mencionados X100 en el periodo

Objetivo 2007-2008
El Hospital ordenará la atención a las personas fumadora mediante actuaciones , dinamizadoras del programa en cada uno de los servicios y con las funciones establecidas en el Plan Integral

Objetivo 2008
El Hospital contará con un referente funcional (profesional sanitario de referencia) que desarrollará funciones de coordinación y asesoramiento a los distintos servicios hospitalarios en sus intervenciones relativas al tabaquismo, asistencia directa a casos seleccionados, actividades de formación, investigación, etc.

Evaluación: Anual
Memoria anual

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO

Indicador
Creación de **1 unidad funcional por hospital** con las características antes mencionadas.

Objetivo 2007-2008
Asegurar en los informes clínicos de consulta y de alta Hospitalaria el diagnóstico de tabaquismo, su tratamiento, recomendaciones y derivación a APS según proceda.

Objetivo 2008
En el 90% de los informes clínicos de consulta, de alta y/o de continuidad de cuidados de enfermería de los servicios obstetricia, neumología, cardiología, cirugía cardiovascular, neurología, medicina interna, Angiología y cirugía vascular, Endocrinología y nutrición, Oncología médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, deberá constar el diagnostico de tabaquismo, las recomendaciones, tratamiento detallado y derivación a APS o AH según criterios establecidos para seguimiento en el proceso.

Evaluación. Anual
Memoria anual

Indicador
Nº de informes de alta del servicio en los que conste el diagnóstico del hábito tabáquico, las recomendaciones y en su caso el tratamiento recomendado y derivación a APS o AH según criterios establecidos para seguimiento en el proceso / Nº total de informes de alta del servicio.

Objetivo 2008
El hospital garantizará la deshabituación tabáquica a todos los profesionales sanitarios que lo deseen (tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico) a través de los referentes funcionales y los técnicos de las unidades de apoyo para la atención al tabaquismo

Indicador:
Nº de profesionales sanitarios fumadores a los que realizan tratamiento de deshabituación tabáquica * 100 en el periodo/Nº de profesionales sanitarios fumadores

Objetivo 2008
El hospital garantizará la vigilancia del cumplimiento de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, mediante la realización de actividades orientadas al control de espacios libres de humo en todas sus dependencias. Para ello se continuarán desarrollando las actuaciones del Proyecto Centros libres de Humo como programa integral que incluye medidas informativas, de sensibilización, formación de profesionales, promoción de la salud, prevención y oferta de deshabituación tabaquica.

Evaluación trimestral
Memoria anual

Indicadores:
Creación de Comisión de seguimiento por hospital.
Nº zonas correctamente señalizadas/Nº de zonas diferenciales existentes.
Nº zonas correctamente señalizadas en las que se cumple la normativa/Nº de zonas correctamente señalizadas
Nº de zonas de especial riesgo donde existen indicios de incumplimiento de la normativa
Nº de reclamaciones, quejas o sugerencias recibidas sobre el cumplimiento de la Ley.
Nº de denuncias remitidas a la secretaría general de la Delegación Provincial de Salud

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTALIDAD

PLANES INTEGRALES DE SALUD
PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTALIDAD

Objetivo 2007-2008
El Hospital implantará el Proceso Asistencial Integrado de Atención al Trauma Grave

Objetivo 2008
Se creará un Grupo local de implantación del proceso Trauma grave o Comité del Trauma, compuesto por representantes de todos los colectivos profesionales implicados para promover la coordinación y cooperación multidisciplinar de la totalidad de los profesionales y servicios implicados, para garantizar la continuidad asistencial

Indicador
Criterios de implantación de procesos
Evaluación anual

ANEXO
PRESTACIONES CONCERTADAS

PRESTACIONES CONCERTADAS

Población de referencia para la actividad concertada: usuarios de BDU

Objetivo 2005-2008
El Hospital se ajustará a los objetivos establecidos en el Contrato Programa mejorando la calidad de las prescripciones y prestaciones

1. Transporte sanitario

Objetivo 2008
El hospital se ajustará al presupuesto fijado y adecuará las prescripciones de traslados a la capacidad de la flota contratada, adoptando las medidas organizativas que faciliten la agrupación de pacientes en rutas

Indicador % Desviación sobre el presupuesto anual establecido

2. Terapias respiratorias

Objetivo 2008
El Hospital promoverá la adecuación de las prescripciones a los protocolos que, para la oxigenoterapia convencional, están establecidos (circulares SAS 6/1997 y 2/1998) y así mismo, garantizará que se realicen las correspondientes revisiones de los pacientes en tratamiento (indicación y cumplimiento del tratamiento)

Objetivo 2008
El Hospital se mantendrá por debajo de los niveles máximos que se establezcan en Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) y Aerosolterapia

Número de pacientes en OCD (prevalencia máxima 180 por 100.000 usuarios)
Número de pacientes en Aerosolterapia (prevalencia máxima 20 por 100.000 usuarios)

Indicadores
Prevalencia máxima de pacientes en OCD: 180 por 100.000 usuarios
Prevalencia máxima de pacientes en Aerosolterapia: 20 por 100.000 usuarios

3. Prestación ortoprotésica

Objetivo 2008
El Hospital promoverá la adecuación de las prescripciones a los protocolos que, para determinados productos, se establezcan

Objetivo 2008
El Hospital adoptará las medidas necesarias para que el visado de aquellas prescripciones que lo requieran, se realice con arreglo a los requisitos establecidos

Objetivo 2008
El Hospital se mantendrá por debajo del nivel máximo de consumo por usuario fijado
Indicador
Gasto en euros por usuario

Objetivo 2008
El Hospital enviará a la Subdirección de Prestaciones de la Secretaría General del SAS los datos de prescripción y facturación de esta prestación con periodicidad mensual, mediante los ficheros establecidos al efecto

ANEXO
PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Objetivo 2005-2008
El hospital no superará el nivel máximo de gasto farmacéutico en recetas fijado para el área.

Objetivo 2008
El hospital tendrá un gasto farmacéutico en recetas para el área menor del establecido.

Indicador
Gasto farmacéutico del área.

Objetivo 2005-2008
El hospital articulará los mecanismos necesarios que permitan conseguir que el consumo de medicamentos dispensados desde el hospital no supere el crecimiento fijado.

Objetivo 2008
El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.

Indicador
Consumo total.

Objetivo 2008
El consumo interno por ingreso más CMA (excluido el consumo interno de Factor VIIra) será menor que el objetivo propuesto en este Contrato Programa.

Indicador
(Consumo interno-Factor VIIr a interno) / (número de Ingresos + número de procesos de CMA).

Objetivo 2008
El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry será menor que el especificado en este Contrato Programa.

Indicador
Consumo de medicamentos dispensados a pacientes externos para las patologías VIH, esclerosis múltiple, enfermedad de Gaucher y enfermedad de Fabry.

Objetivo 2008
El consumo de aquellos pacientes externos excluidas las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry, será menor que el especificado en este Contrato Programa.

Indicador
Consumo de medicamentos dispensados a pacientes externos con hepatitis C, fibrosis quística, hemofilia, anti TNF, tratados en unidades de hemodiálisis, hospital de día y pacientes externos en tratamiento con otros medicamentos (uso hospitalario y uso compasivo).

Objetivo 2008
El hospital conseguirá que las recetas prescritas por principio activo alcancen al menos el 65% del total de recetas de especialidades farmacéuticas prescritas.

Indicador
(Nº de recetas prescritas por principio activo / Nº total de recetas prescritas de especialidades farmacéuticas) * 100.

Objetivo 2005-2008
El hospital impulsará que las actuaciones llevadas a cabo por su personal tiendan a la optimización de los siguientes objetivos

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Objetivo 2008
Adecuación de los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital a la guía de referencia.

Indicador
(Número de especialidades farmacéuticas de la guía farmacoterapéutica del hospital sin respaldo en la guía farmacoterapéutica de referencia / número total de especialidades farmacéuticas incluidas) * 100.

Objetivo 2008
Adecuación de la metodología de selección de medicamentos a la Guía para la Inclusión de Nuevos Fármacos (GINF).

Indicador
Envío de los informes GINF de los medicamentos que se incluyan en la guía farmacoterapéutica del hospital.

Objetivo 2008
Eliminación de medicamentos calificados como de valor intrínseco no elevado (VINE), en la guía farmacoterapéutica del centro.

Indicador
(Número de especialidades VINE incluidas / número total de especialidades incluidas) * 100.

Objetivo 2008
La totalidad de los tratamientos prescritos con anti TNF en artritis reumatoidea deben cumplir con los protocolos establecidos por la Comisión Asesora Central y estar registrados en el Sistema de Información establecido vía web.

Indicador
(Nº de tratamientos con antiTNF registrados en el SI / Nº de tratamientos con antiTNFprescritos para AR) * 100

Objetivo 2008
El Hospital proporcionará, por medios informáticos, la información mensual que se recoge en el anexo denominado "Prestación farmacéutica en instituciones hospitalarias" antes del día 15 del mes siguiente .

Indicador
Sumatorio del número de días de retraso en la recepción.

Objetivo 2008
El Hospital adaptará sus programas informáticos de gestión de medicamentos a los requerimientos que el SAS determine, con el fin de establecer un sistema de información homogéneo sobre adquisiciones y consumos de medicamentos en todo el SAS.

Indicador
Días de retraso en los objetivos temporales propuestos.

Objetivo 2008
Prescripción en Receta Oficial de los medicamentos que los pacientes no ingresados precisen.

Indicador
Número total de recetas prescritas por los facultativos adscritos al hospital / número total de consultas realizadas.

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Objetivo 2008
El hospital garantizará la calidad de la información de prescripción en recetas a través de la informatización del 100% de los datos de asignación de recetas a sus facultativos en la aplicación informática FARMA.

Indicador
% de recetas sin asignación de prescriptor sobre el total de recetas facturadas.

Objetivo 2005-2008
El hospital impulsará, entre sus facultativos, que las prescripciones realizadas a través de recetas se adecuen a los medicamentos seleccionados en los siguientes objetivos.

Objetivo 2008
No prescripción de Novedades Terapéuticas que no aportan ventaja frente a las ya existentes o con insuficiente experiencia clínica (NTNR). (1)

Indicador
(Nº de envases de NTNR/total envases de especialidades prescritos)*100

Objetivo 2008
No prescripción de Nuevas asociaciones de aportación no relevante (NANR). (2)

Indicador
(Nº de envases de NANR/total envases de especialidades prescritos)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de omeprazol frente al total de inhibidores de la bomba de protones prescritos en receta oficial.

Indicador
(DDDs de omeprazol/ DDDs de IBP)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de antidiabéticos orales de elección frente al total de antidiabéticos orales prescritos en receta oficial.

Indicador
(DDDs de metformina, glibenclamida, glicazida y glipizida /DDDs ADOs totales)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de insulina NPH sóla o en mezclas frente al total de insulinas de larga duración prescritas en receta oficial.

Indicador
(DDDs de insulina NPH sóla o en mezclas/DDDs de insulinas de larga duración totales)*100

Objetivo 2008
Prescripción de UDs de estatinas de elección frente al total de estatinas prescritas en receta oficial (3)

Indicador
(UDs simvastatina + atorvastatina 80 mg / UDs de estatinas)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de antidepresivos de segunda generación de elección frente al total de antidepresivos de segunda generación prescritos en receta oficial.

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Indicador
(DDD de fluoxetina + paroxetina + citalopram + sertralina / DDD de fluoxetina + paroxetina + citalopram + sertralina+ fluvoxamina + escitalopram + venlafaxina + reboxetina + duloxetina + mirtazapina)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno frente al total de AINEs prescritos en receta oficial.

Indicador
(DDDs de ibuprofeno + diclofenaco + naproxeno/DDDs AINEs totales)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de ácido acetil salicílico y clopidogrel frente al total de antiagregantes plaquetarios prescritos en receta oficial.

Indicador
(DDDs de aspirina (bajas dosis) + DDDs de clopidogrel) /DDDs de antiagregantes plaquetarios totales)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de IECAs (sólos o asociados a tiazidas) frente al total de IECAs+ARAII (solos o asociados a tiazidas) prescritos en receta oficial.

Indicador
DDDs IECAs sólos o asociados a tiazidas /(DDDs de IECAs + ARA II sólos o asociciados a tiazidas)*100

Objetivo 2008
Prescripción de DDD de medicamentos de elección frente al total de medicamentos que modifican el metabolismo óseo prescritos en receta oficial. (4)

Indicador
(DDDs Alendronato prescrito por principio activo + vit D + Ca/DDDs bifosfonatos + vit D + Ca + estroncio + raloxifeno + calcitonina + teriparatida + hormona paratiroidea recombinante)*100

Objetivo 2008
Farmacovigilancia: El Hospital promoverá que la notificación de reacciones adversas a medicamentos al Centro Andaluz de Farmacovigilancia alcance una tasa de 5 TA/100.000 habitantes/año .

Indicador
Tasa de notificación de TA = (Nº de Tarjetas Amarillas notificadas/100.000 habitantes Área Hospitalaria/año)

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Selección de Medicamentos. Aclaraciones a indicadores:

(1) Se consideran NTNR las especialidades que contengan principios activos nuevos que lleven en el mercado menos de 5 años y que hayan sido tipificados como "Información insuficiente" o "No supone avance terapéutico".

(2) Se consideran NANR las asociaciones de medicamentos que como monofármacos existían previamente en el mercado, son ineficientes en relación a ellos, y cuya aportación desde el punto de vista farmacoterapéutico no se considera relevante.

(3) La prescripción de estatinas se mide en Unidades de Dosis Diarias Prescritas (DDP), considerándose como tal en este caso concreto la unidad de dosificación.

(4) Selección de medicamentos que modifican el metabolismo óseo. Las formulaciones de alendronato incluyen tanto las de toma diaria como las semanales. A efectos del indicador se considerarán sólo las prescripciones realizadas por principio activo. En relación al calcio, se considerarán en el numerador las formulaciones de calcio sólo o asociado a vitamina D.

Abreviaturas:

DDD: Dosis Diaria Definida
DDP: Dosis Diaria Prescrita
IECAs: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Grupos C09A y C09C de la ATC
ARAII: Antagonistas de los receptores de la angiotensina II. Grupos C09C y C09D de la ATC
ADOs: Antidiabéticos orales. Grupo A10B de la ATC. AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos. Grupo M01A de la ATC.
IBP: Inhibidores de la bomba de protones. A02BC.
La Clasificación Anatómico Terapéutica (ATC) puede consultarse en http://www.whocc.no/atcddd/"

ANEXO
DOCENCIA, FORMACIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN

DOCENCIA, FORMACIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 2005-2008
El Centro desarrollará los programas de formación que priorizados por los Servicios Centrales del SAS, se dirijan hacia el desarrollo de las competencias de los profesionales, en un enfoque integral de la asistencia sanitaria

Objetivo 2008
El Centro priorizará actividades formativas orientadas a la mejora y el desarrollo profesional de acuerdo con las necesidades detectadas en la Evaluación del Desempeño Profesional, necesidades derivadas del modelo de Acreditación del SSPA y del Modelo de Carrera Profesional del SAS. Todo ello estará enmarcado en la gestión por competencias, la gestión por procesos asistenciales, la atención al cliente, la gestión clínica, los planes de cuidados de enfermería, el uso racional de medios diagnósticos, las infecciones nosocomiales, el uso racional del medicamento y medios tecnológicos y terapéuticos, los sistemas de información, la gestión de compras y la prevención de riesgos laborales

Se dará una especial relevancia a la necesidad de acreditar las actividades formativas realizadas en el Centro, de manera que el 100% de las actividades de formación continuada dirigida a profesionales sanitarios deberán ser acreditadas según el procedimiento establecido en el Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias

Evaluación
Plan de Formación Continuada organizado por el Centro. Noviembre

Indicador
Nº de actividades formativas de las áreas priorizadas / Nº de actividades formativas realizadas = 1. Junio y noviembre
Nº de actividades formativas realizadas dirigidas a profesionales sanitarios ACREDITADAS / Nº de actividades formativas realizadas dirigidas a profesionales sanitarios = 1. Junio y noviembre

Objetivo 2008
El Hospital desarrollará el programa de formación priorizando las siguientes áreas: Organización de los Servicios Enfermeros: Personalización" y "La Ética y los Valores del cuidado" y "Aspectos relacionados con la comunicación".

Objetivo 2005-2008
El Hospital desarrollará programas de formación conjunta entre AP y AH en relación con Continuidad de Cuidados

Objetivo 2008
Realización conjunta con enfermeras de AP de al menos el 10% de las actividades formativas organizadas desde el Hospital para enfermeras

Evaluación
Se enviará a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados el programa de formación en Noviembre.

Indicador
Número de actividades formativas a las que acuden conjuntamente enfermeras del Hospital y enfermeras de A. Primaria x100/ Nº total de actividades formativas organizadas por el Hospital para enfermeras. Junio y Noviembre

DOCENCIA, FORMACIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 2005-2008
El Hospital deberá promover la investigación en cuidados

Objetivo 2008
El Hospital promoverá el desarrollo de una producción científica (póster, ponencia, comunicación, publicación) por cada 40 enfermeras

Evaluación
Se enviará a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados memoria de la actividad científica. Noviembre.

Objetivo 2008
El Hospital realizará actuaciones / actividades de formación dirigidas a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) centradas en la campaña de higiene de manos

Indicadores
Nº total de actividades formación en campaña higiene manos x 100 / Nº total de actividades formación centro
Nº de médicos formadas en campaña higiene manos x 100 / Nº total de médicos (envío datos noviembre)
Nº de enfermeras formadas en campaña higiene manos x 100 / Nº total de enfermeras (envío datos noviembre)
Nº de auxiliares de enfermería formadas en campaña higiene manos x 100 / Nº total Aux. enfermería (envío datos noviembre)

Evaluación
Se remitirá a la Dirección General de Asistencia Sanitaria los indicadores descritos más la memoria global de las actividades realizadas

Objetivo 2008
El Hospital promoverá el desarrollo de actividades formativas en habilidades emocionales y de comunicación centradas en el paciente oncológico

Indicadores
Nº de actividades formativas en habilidades emocionales y de comunicación centradas en el paciente oncológico.*100 / Total de actividades formativas realizadas

Evaluación
Se enviará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria memoria de la actividad formativa y el indicador descrito

Objetivo 2008
El Hospital promoverá el desarrollo de actividades formativas en atención al paciente terminal con especial referencia al manejo de la agonía

Indicadores
Nº de actividades formativas en atención al paciente terminal con especial referencia al manejo de la agonía*100 / Total de actividades formativas realizadas

Evaluación
Se enviará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria memoria de la actividad formativa y el indicador descrito

DOCENCIA, FORMACIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 2008
Aplicar los procedimientos en formación postgraduada según quedan establecidos en la instrucción Nº 1/05 de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, sobre el sistema de autorización de los tutores de los especialistas en formación en el SSPA

Evaluación
Remisión de informe

Indicador
Nº de tutores autorizados por el centro

Objetivo 2008
El centro potenciará la acreditación de aquellas especialidades deficitarias en formación según estudio de necesidades de DGAS

Evaluación
Remisión de expediente y realización del informe preceptivo

Indicador
Nº de solicitudes de acreditación realizadas por el centro

DOCENCIA, FORMACIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN

ANEXO HOSPITAL

Información anual a remitir a la Dirección General de Asistencia Sanitaria
2008

HOSPITAL _____

INVESTIGADOR PRINCIPAL	Nº PROYECTOS SOLICITADOS	PROYECTOS CONCEDIDOS	IMPORTE (€)	AGENCIA/S FINANCIADORA/S	GESTIÓN DE CRÉDITOS (**)
Facultativos Especialistas					
Médicos de Familia					
DUEs					
Otro personal sanitario no facultativo					
Personal no sanitario					

Nº PROYECTOS MULTIDISCIPLINARIOS (*)

(*) Número total de proyectos solicitados en los que participan varias categorías profesionales

(**) Entidad que solicita y gestiona los créditos de los proyectos concedidos

ANEXO
GESTIÓN AMBIENTAL

GESTIÓN AMBIENTAL

Objetivo 2005-2008
Implantar el Sistema Integrado de Gestión Ambiental del Servicio Andaluz de Salud en todos los centros sanitarios del organismo

Objetivo 2008
Implantación de recogida selectiva de residuos asimilables a urbanos susceptibles de valorización y/o reciclaje

Evaluación
Auditoria

Indicador
Recogida selectiva 100% de residuos asimilables a urbanos (papel, cartón, poda, briks, etc.)

Objetivo 2005-2008
Evaluar, de manera continuada, la adecuación de la práctica clínica a las indicaciones y estándares clínicos pactados por el Servicio Andaluz de Salud con las Sociedades Científicas y trasladados a los centros del organismo

Objetivo 2008
Realización de auditorias internas

Evaluación
Auditorias

Indicador
Número de servicios auditados

ANEXO
GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo 2005-2008
El Centro promoverá las acciones de seguimiento y control del absentismo y las ausencias de sus profesionales, hasta conseguir el porcentaje estandarizado que se marque como objetivo.

Objetivo 2008
El Centro mantendrá el indicador global de absentismo por debajo del 5%, para lo cual ejecutará el Programa Específico de Incapacidad Temporal en Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el año 2008 en colaboración con la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de su provincia.

El Centro realizara el seguimiento, registro y control de todo tipo de ausencias, permisos y descansos, mediante la Aplicación Integral de Gestión de Turnos y Absentismo.

Evaluación
Sistema de Gestión de Personal, Aplicación de Turnos y Absentismo GERHONTE

Indicador
- Días de Absentismo/ Días de trabajo potenciales < 0.05
- ∑(Ausencias + Permisos + Descansos) registrados en GERHONTE / ∑(Ausencias + Permisos + Descansos) disfrutados = 1

Objetivo 2005-2008
El Centro establecerá el Plan de Control de gasto de personal.

Objetivo 2008
La adecuación del gasto de personal de cada Centro a la asignación presupuestaria designada para el ejercicio adquiere especial importancia, para lo que disponen del Sistema de Control Presupuestario de Gasto de Personal, por el que se establecen los límites en cada aplicación presupuestaria de conformidad con la distribución de la envolvente de C.P. 2008 que el Centro designe para el Capitulo I. Por tanto de conformidad con esta asignación presupuestaria, cada Centro, una vez firmado el Contrato Programa 2008 dispondrá de 7 días para periodificar en la Aplicación de Control Presupuestario el presupuesto asignado.

De la misma manera realizará una planificación anual de jornada complementaria a cubrir en función del número de horas autorizadas en el caso de Atención Primaria de Salud, así como una planificación anual tanto de jornada complementaria, como de continuidad asistencial, previamente autorizada en el caso de Atención Especializada.

Con carácter mensual el Centro elaborará un plan de seguimiento y evaluación del Gasto de Personal que explique las posibles desviaciones que se produzcan, tanto en gasto variable, (eventuales y sustitutos), gasto semivariable (atención continuada, guardias medicas etc…) y gasto fijo o de estructura.

Cualquier variación prevista en la asignación inicial de Contrato Programa, requerirá la autorización de la Dirección Gerencia, previo informe justificativo del Centro remitido a la Dirección General de Personal y Servicios.

Evaluación
Sistema de Gestión de Personal. Control Presupuestario Gasto de Personal.

Indicador
- Realización de la periodificación en Aplicación Control Presupuestario de el crédito asignado en Capítulo I antes del 7º día después de la firma del CP = SI / NO.
- Realización de la planificación en Aplicación de Turnos y Absentismos de la Jornada Complementaria antes del 7º día después de la firma del CP = SI / NO.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

- Realización de la planificación en Aplicación de Turnos y Absentismos de la Continuidad Asistencial (sólo AE) antes del 7º día después de la firma del CP = SI / NO.
- Gasto Presupuestado Capítulo I – Gasto Real Capítulo I = 0
- Informe mensual sobre Plan de Seguimiento y Evaluación del Gasto de Personal.

Objetivo 2005-2008
El Centro establecerá el Plan de Control de gasto de personal.

Objetivo 2008
Como apoyo indirecto para la adecuación del gasto de personal de cada Centro a la asignación presupuestaria designada para el ejercicio, se establece un sistema de Control de Plantillas ligado a la aplicación informática de Control de Gasto, cuya finalidad es la de adecuar la plantilla efectiva a la plantilla presupuestaria más el personal eventual estructural autorizado por estos SSCC.

Con carácter mensual el Centro elaborará un plan de seguimiento y evaluación del sistema de Control de Plantillas.

Tanto la designación del personal eventual estructural, como las posteriores variaciones de éste, requerirá la autorización de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional.

Evaluación
Sistema de Gestión de Personal. Control Presupuestario Gasto de Personal.

Indicador
Plantilla Efectiva (POR CADA CATEGORÍA) < Ó = Plantilla Presupuestaria + Eventuales Estructurales Autorizados.

Objetivo 2005-2008
Realización de la Prevención de Riesgos Laborales en el SAS, abarcando los Procesos Estratégicos, Técnicos y de Gestión.

Objetivo 2008
Finalización en los centros del SAS, de la evaluación completa de los factores de riesgo a través de la aplicación informática SEHTRA de los distintos puestos de trabajo que puedan afectar a la seguridad y salud de los trabajadores, determinándose las prioridades en la adopción de las medidas preventivas, aplicándolas y vigilando su eficacia, antes del 31 de mayo de 2008.

La implantación de los Procedimientos del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales aprobados en la Mesa Sectorial de Sanidad, se implantarán antes del 31 de marzo de 2008.

Los profesionales recibirán formación específica sobre los riesgos inherentes a su puesto de trabajo, en los siguientes temas: riesgos biológicos, accidentes con riesgos biológicos, pantallas de visualización de datos, manipulación manual de cargas, antes del 31 de mayo de 2008; riesgos químicos, movilización de enfermos, conducción segura, uso de maquinaria y riesgos genéricos de oficinas, antes del 31 de diciembre de 2008.

De la misma manera se proporcionará información y formación básica en materia de P.R.L. tanto a los trabajadores de nueva incorporación antes del 31 de marzo de 2008.

Se establece como objetivo de finalización de la realización o actualización de los Planes de Autoprotección el 31 de enero de 2008, para su posterior implantación, antes del 31 de mayo de 2008

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Todos los centros potenciarán las actividades de Vigilancia para la Salud

Evaluación
Remisión de informes sobre el grado de realización de P.R.L. del SAS en el Centro

Indicador
Nº Profesionales con formación específica en las materias definidas/ Nº profesionales de Plantilla afectados = 1
Nº Profesionales de nueva incorporación con formación / Nº Profesionales de nueva incorporación = 1

Objetivo 2005-2008
El Centro potenciará la implicación y motivación de los profesionales mediante la consolidación del Complemento al Rendimiento Profesional y de la Evaluación al Desempeño Profesional como parte integrante de éste.

Objetivo 2008
Para la gestión del Complemento al Rendimiento Profesional, cada Centro deberá identificar las unidades equipos y su responsable, tanto de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), como del resto, registrará los objetivos, su ponderación y registrará la evaluación de cada objetivo.

Las unidades definidas en cada centro tendrán un carácter multidisciplinar en cuanto a la composición de sus miembros.

En un plazo de 15 días desde la firma del Contrato Programa, cada Centro a través de sus responsables de Unidad tendrán pactados y firmados los objetivos con su equipo y registrados en la aplicación del CRP en Gerhonte.

Todo profesional conocerá los objetivos de su equipo. Los objetivos en el caso de las UGC, se regirán por lo que establezca el Acuerdo de UGC. En el caso del resto de Unidades, los objetivos serán ponderados en función de la importancia y la prioridad en su consecución y en función de la categoría profesional y su nivel de influencia en el logro, manteniendo para las Unidades de los grupos Asistencial y de Apoyo Asistencial siempre la siguiente proporción: al menos el 60% del peso del total para los objetivos comunes y hasta el 40% para los objetivos específicos.

Por otro lado a los profesionales integrados en todas y cada una de las Unidades del Centro se les realizará una Evaluación del Desempeño anual a través de una entrevista Individual por parte del responsable de éstas.

Será responsabilidad del Centro velar porque se defina un Plan de Desarrollo Individual (PDI) para cada uno de los profesionales en el contexto de la entrevista anual de Evaluación del Desempeño.

Evaluación
Sistema de Gestión de Personal. Gestión del CRP.

Indicador
- Nº de UGC con objetivos definidos según Acuerdo de UGC en Gerhonte / Nº de UGC Autorizadas = 1
- Nº de Unidades de los grupos Asistencial y de Apoyo Asistencial con objetivos en proporción 60% comunes 40% específicos/ Total Unidades de los grupos Asistencial y de Apoyo Asistencial = 1
- Nº Unidades de carácter multidisciplinar / Total de Unidades del Centro = 0,90
- Nº de EDP realizadas en el Centro/ Nº de profesionales del Centro = 1

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

- Nº de EDP realizadas en el Centro con puntuaciones < 5/ Nº de EDP realizadas = 0,25
- Nº de PDI realizada en el Centro/ Nº de profesionales del Centro = 1

Objetivo 2005-2008
El Centro facilitará la implantación y desarrollo del Modelo de Acreditación de Profesionales del SSPA.

Objetivo 2008
El Centro se compromete la realización de sesiones informativas/formativas de presentación del Modelo de Acreditación de Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, realizando actuaciones orientadas a facilitar la participación de los profesionales en dicho proceso de Acreditación y adoptando cuantas medidas organizativas sean necesarias para facilitar en todo momento la acreditación de las competencias de sus profesionales.

De la misma forma el Centro facilitará el acceso al modelo de Acreditación Sanitaria del SSPA, de aquellos profesionales que así lo soliciten, mediante la emisión de informes requeridos por estos para dar respuesta a las evidencias definidas en los distintos programas de acreditación de competencias.

Evaluación
Remisión informe trimestral de seguimiento remitido por el Centro a la DGPyDP los días 15 del mes siguiente a la finalización del trimestre natural.

Indicador
- Informe trimestral de seguimiento = SI/NO.
- Nº informes emitidos por el Centro / Nº informes solicitados = 1

Objetivo 2005-2008
El Centro facilitará el desarrollo del Modelo de Carrera Profesional del SAS.

Objetivo 2008
El Centro se compromete adoptar cuantas medidas organizativas sean necesarias para facilitar en todo momento el desarrollo del Modelo de Carrera Profesional.

El Centro constituirá la Comisiones de Valoración de Carrera Profesional de Centro, cuya composición y funciones vienen definidas en el Acuerdo de 16 de mayo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de política de personal para el periodo 2006-2008, que regula el Modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud, en los primeros 15 días del mes de enero de 2008.

Evaluación
Remisión informe trimestral de seguimiento remitido por el Centro a la D.G.P.D.P. los días 15 del mes siguiente a la finalización del trimestre natural.

Indicador
- Informe trimestral de seguimiento de la participación de profesionales en el proceso de Carrera Profesional.
- Nº de sesiones formativas/informativas sobre el Modelo de Carrera Profesional realizadas.
- Constitución Comisiones de Seguimiento de Carrera Profesional = SI / NO.

Objetivo 2005-2008
El Centro establecerá un Plan de Desarrollo Individual a cada uno de sus Profesionales.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo 2008
El Centro se compromete a adecuar el Plan de Formación a las necesidades detectadas en la Evaluación del Desempeño Profesional así como a las necesidades derivadas del propio modelo de Acreditación de Profesionales y el Modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud.

Al menos el 90% de las acciones formativas recogidas en el Plan de Formación del Centro estarán definidas en función de la información recogida en los Planes de Desarrollo Individual (PDI), extraídos de la Entrevista de Evaluación del Desempeño Profesional (EDP), para lo cual el responsable de la Formación Continuada en cada centro deberá solicitar a la DGPyDP en un plazo no superior a 15 tras la finalización del proceso de EDP, la información relativa a los PDI de su Centro.

Evaluación
Sistema de Gestión de Personal. Gestión del CRP.

Remisión Plan de Formación del Centro adecuado a las necesidades detectadas en la Evaluación del Desempeño Profesional, al modelo de Acreditación de Profesionales y al Modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud.

Indicador
- Nº Profesionales con Plan de Desarrollo Individual/ Nº de profesionales con EDP = 1
- Plan de Formación del Centro.
- Nº Acciones formativas derivadas de los PDI recogidas en el Plan de Formación / Nº Acciones formativas recogidas en el Plan de Formación >= 0.90

Objetivo 2005-2008
El Centro potenciará la implicación y motivación de los profesionales.

Objetivo 2008
El Centro potenciará el PLAN INTEGRAL SOBRE AGRESIONES A PROFESIONALES, utilizando el Sistema de Registro de Agresiones a Profesionales, desarrollando acciones formativas encaminadas a mejorar la comunicación entre usuario/paciente y profesional, diseñando un mapa de riesgos de su zona y desarrollando acciones encaminadas a disminuir los riesgos de agresiones de sus profesionales.

Por parte del Centro se ofrecerá apoyo Psicológico y Jurídico a todo profesional que sufra una situación de agresión tal y como viene reflejado en el Plan Integral sobre Agresiones a profesionales del SAS.

De la misma manera y siguiendo con lo marcado en dicho Plan, el responsable del Centro denunciará todas y cada una de las agresiones sufridas por sus profesionales.
Evaluación
Registro informatizado de Agresiones a Profesionales.

Indicador
- Nº Agresiones registradas/ Nº Agresiones ocurridas =1
- Nº de Agresiones denunciadas por el Responsable del Centro/ Nº Agresiones ocurridas =1
- Nº profesionales a los que se les ofrece apoyo psicológico y jurídico / Nº Agresiones ocurridas = 1

Objetivo 2005-2008
El SAS favorecerá e impulsará cuantas medidas organizativas sean necesarias para que el número de horas de prestación efectiva de servicios de sus profesionales no exceda de 48 horas semanales en computo semestral.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo 2008
El Centro se compromete a seguir las pautas pactadas con los SSCC del SAS para la reordenación de la Atención Urgente en los ámbitos de Atención primaria y Atención especializada, para lo cual entre otros se ajustará a lo negociado sobre número de especialistas de presencia física y con necesidad de disponibilidad en el caso de los Hospitales o al número de horas de jornada complementaria en el caso de los Distritos de AP, en aplicación al Acuerdo de 16 de Mayo de 2006 entre SAS y Sindicatos presentes en Mesa Sectorial de Sanidad sobre políticas de personal para el periodo 2006-2008. Por tanto el Centro solo podrá modificar lo establecido en cada caso, previa autorización conjunta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la Dirección General de Gestión Económica y la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional.

De la misma forma el centro adecuará sus recursos humanos tanto en número, como en tipo de personal para poder dar respuestas a las necesidades derivadas de esta reordenación de la atención urgente, mediante la realización de nombramientos nuevos o la eliminación de nombramientos de carácter temporal y/o amortización de plazas que hayan quedado vacantes, que tras el análisis realizado no se justifique su mantenimiento. En este segundo supuesto, el centro establecerá un Plan de eliminación/amortización de este tipo nombramientos/plazas con su cronograma correspondiente.

Todo cambio que se produzca debido a las decisiones tomadas sobre reordenación de la atención urgente en cada Centro deberán ser llevadas a las Comisiones de Seguimiento constituidas por responsables de dichos centros y representantes de las organizaciones sindicales firmantes del Acuerdo de políticas de personal para el año 2006 – 2008, según viene determinado en dicho Acuerdo.

Evaluación
Sistema de Gestión de Personal, Aplicación de Turnos y Absentismo GERHONTE.

Remisión del Plan de eliminación/amortización de nombramientos/plazas con su cronograma correspondiente la DGPyDP en los días 7 siguientes a la firma del presente Contrato Programa.

Actas de reuniones mantenidas entre responsables del Centro y representantes de organizaciones sindicales firmantes del Acuerdo de políticas de personal para el año 2006 – 2008.

Indicador
- Nº Profesionales en presencia física / Nº Profesionales autorizados por SSCC = 1
- Nº Profesionales localizados / Nº Profesionales autorizados por SSCC = 1
- Nº Profesionales con continuidad asistencial / Nº Profesionales autorizados por SSCC = 1
- Nº Horas realizadas en jornada complementaria / N º Horas autorizadas = 1
- Plan anual de adecuación de plantilla a las necesidades derivadas de la puesta en marcha del modelo de reordenación de la atención urgente = SI / NO.
- Actas comisiones de seguimiento = SI / NO.

Objetivo 2005-2008
El Centro potenciará la implantación de un Sistema Único de Selección de Personal Estatutario Temporal en el Servicio Andaluz de Salud.

Objetivo 2008
El Centro mantendrá cuántas medidas organizativas y de gestión sean necesarias para lograr el máximo rendimiento de las Comisiones de Baremación de Méritos para cada una de las categorías que tiene asignada en el plazo establecido como máximo por estos SSCC.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Evaluación
Informe de medidas puestas en marcha y actualmente mantenidas para el correcto funcionamiento de las Comisiones de Baremación para conseguir la total baremación de los expedientes asignados en el tiempo establecido para ello.

Indicadores
- Informe sobre medidas puestas en marcha por el Centro = SI / NO.
- Nº Expedientes Baremados por las Comisiones adscritas al Centro / Nº de Expedientes a Baremar por las Comisiones adscritas al Centro = 1.

Objetivo 2005-2008
El Centro potenciará el desarrollo y mejora de la Unidad de Atención al Profesional (UAP).

Objetivo 2008
Desde las áreas de atención al profesional se responderán a las consultas que trasladen los profesionales con una demora media inferior a los tres días.

Las áreas de personal de los centros adaptarán su organización y funcionamiento a las guías de procesos de atención al profesional relacionados con la entrada, permanencia y salida de los profesionales, previamente definidos.

Evaluación
Sistema informático Axón.

Informe que manifieste la realización de actividades cuyo objetivo sea potenciar el uso del certificado digital por parte de los profesionales del Centro.

Indicadores
- Nº Consultas resueltas < 3 días / Nº Consultas realizadas = 1
- Adaptación de organización y funcionamiento a las guías de procesos de Atención al Profesional = SI/NO.

ANEXO
GESTIÓN ECONÓMICA

GESTIÓN ECONÓMICA

LINEA DE ACCION: Financiación Interna I.1.

Objetivo 2005-2008
El Centro deberá ajustar el volumen de gasto a las magnitudes determinadas por el modelo de asignación de recursos financieros en función de la población

Objetivo 2008
El Centro deberá ajustar el volumen de gasto a las magnitudes determinadas por el modelo de asignación de recursos financieros en función de la población.

I.1.a) Gastos por atención sanitaria {Incluye Capítulos 1(excluido 150 y 160), 2 (incluido Art. 25 y farmacia diferencial) del Programa 41C Y 31P; 162.00 y Capítulo 2 del 41B; Capítulo 4 del 41G}

I.1.b) Gastos de personal en formación (IR / EUE) Capítulo 1 Programa 41B, excluido 150 y 160

I.1.c) Autorización Nuevos Servicios 2008 (Todos los Programas y Conceptos, excepto 150 y 160).

Indicador
Importe de las Obligaciones periodificadas contabilizadas en el sistema Júpiter

LINEA DE ACCION: Gestión de Compras y Logística I.2

Objetivo 2005-2008
El Centro realizará todas sus transacciones de compra a través del sistema corporativo Publiline, con independencia del objeto del contrato o la modalidad por la que fuera realizada. Asimismo ejecutará el presupuesto asignado para la adquisición de bienes y servicios aplicando los procedimientos reglados previstos en las normas vigentes sobre contratación administrativa, de forma que su volumen de gasto ejecutado mediante tales procedimientos no será inferior al 80% al final del cuatrienio.

Objetivo 2008
Durante el año 2008, los centros deberán situarse en un nivel de contratación administrativa diferente al contrato menor equivalente al 80% de su crédito definitivo en capítulo 2.

Indicador
Volumen de gasto contabilizado en oficial mediante documentos contables OP/ Total crédito definitivo.

LINEA DE ACCION: Gestión Presupuestaria I.3. Nivel de Ejecución

Objetivo 2005-2008
El Centro ejecutará los créditos disponibles en Bienes y Servicios en contabilidad oficial en un valor equivalente al 100%, con un ratio Oficial / Previa igual a la Unidad

Objetivo 2008
Durante el año 2008 el Centro ejecutará el crédito disponible en Bienes y Servicios en Contabilidad Oficial en un valor equivalente al 100%, con una ratio Oficial / Previa igual a la unidad.
Acumulado al 1º Trimestre (a 31 Marzo 2008) 20%
Acumulado al 2º Trimestre (a 30 Junio 2008) 45%
Acumulado al 3º Trimestre (a 30 Septiembre 2008..... 70%
Acumulado al 4º Trimestre (al cierre Ejercicio 2008) 100%

Indicador
1º.- Porcentaje de Obligaciones contabilizadas en Oficial en el Sistema Júpiter
2º.- Ratio Oficial / Previa

LINEA DE ACCION: Gestión Financiera I.4. Demoras

Objetivo 2005-2008
El Centro efectuará sus operaciones contables con regularidad, situando su demora máxima en 40 días desde la recepción de la factura hasta su efectiva situación en el ámbito del Gestor Pagador

Objetivo 2008
Las facturas que se sitúen en ámbito de pagos -Anticipo Caja Fija o Tesorería Central- no deberán haber superado un tiempo de tramitación superior a los 40 días desde su fecha de recepción. Se anotará en el haber de cada Centro el cálculo del interés, al tipo vigente, que resulta de la diferencia en días desde los 40 hasta la fecha de su efectiva situación en el ámbito del Gestor Pagador en el caso de ACF, o de Tesorería en caso de pago en firme

Indicador
Demora máxima desde recepción de factura hasta situación en ámbito Gestor Pagador
Intereses virtuales pagados a proveedores por demora superior: Volumen total acumulado del cálculo del interés que corresponda a todas las facturas que superen los 40 días de demora, desde la fecha de recepción de las mismas hasta su efectiva disposición en Organo Pagador

LINEA DE ACCION: Gestión Financiera I.5. Servicio y asistencia a no beneficiarios

Objetivo 2005-2008
Los Centros desarrollarán las acciones y sistemas de control adecuados que les permitan identificar los procesos asistenciales para los que exista un tercero obligado al pago de los mismos. Se establece como objetivo para el cuatrienio la liquidación de los derechos publicados correspondientes al 100% de los procesos susceptibles de facturación

Objetivo 2008
Los Centros desarrollarán las acciones y sistemas de control adecuados que les permitan identificar los procesos asistenciales para los que exista un tercero obligado al pago de los mismos y tenderán a liquidar el 100% de los derechos correspondientes a los procesos susceptibles de facturación.

LINEA DE ACCION: Contabilidad Análitica I.6. Coan - hyd.

Objetivo 2005-2008
El objetivo del cuatrienio es completar el desarrollo del programa, implantado en todo los Centros, y su consolidación, explotación y uso como herramienta de gestión.
El hospital generará y distribuirá mensualmente entre sus centros de responsabilidad los informes de seguimiento del COAN hyd

Objetivo 2008
a) El Centro deberá remitir a SSCC:
- **El Coan-hyd del año 2007antes del 29 de febrero de 2008, con unos mínimos de calidad.**
- **La distribución de la financiación de su C.P. 2008 entre los distintos Centros de Responsabilidad (objetivo económico coan-hyd) antes del 31 de marzo del 2008**
- **Los códigos de centros coan-hyd que configuran las UGC, antes del 31 de marzo de 2008.**

b) El Centro deberá distribuir a sus centros de responsabilidad los informes de seguimiento del 2008 mensualmente.

Indicadores
1º.- Recepción en el plazo previsto.
2º.- Que al menos el 90% de los costes, actividad e interconsumos estén correctamente

direccionados a las líneas funcionales de acuerdo con el procedimiento establecido.
3º.- La producción de los centros de responsabilidad intermedios se expresará siempre en URVs.
4º.- La suma de la financiación de los centros de responsabilidad será coherente con la financiación global del centro.
5º.- Valoración mediante auditorías selectivas, bajo petición aleatoria y periódica del coan-hyd 2008, de la entrega mensual de informes de seguimiento.

LINEA DE ACCION: Responsabilidad Patrimonial y Gerencia del Riesgo I.7.

Objetivo 2005-2008
El Centro tenderá a no agotar los plazos establecidos en la Resolución 244/04 de 2 de abril, sobre el procedimiento de Responsabilidad Patrimonial en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud

Objetivo 2008
Durante el ejercicio 2008, el Centro remitirá la documentación necesaria en los procedimientos de Responsabilidad Patrimonial (Historias Clínicas e Informes preceptivos de los Servicios implicados) en un plazo siempre inferior al establecido en la Resolución 244/04 de 2 de abril

Evaluación
Contenido del objeto de la reclamación patrimonial y documentación aportada por los Centros implicados

Indicador
Nº de días de envío de la documentación / Nº de días establecidos en la Resolución.
El resultado del indicador nunca podrá exceder de 1

ANEXO
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Objetivo 2005-2008
Adaptación de los sistemas de información a las necesidades de gestión del SAS

SICPRO: Objetivo 2008
Remisión del SICPRO cumplimentando el 100% de sus variables, con periodicidad mensual, y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente
Concordancia con los datos comunes del sistema INIHOS

Evaluación
Remisión de ficheros en tiempo y forma
Análisis de discrepancias INIHOS-SICPRO

INIHOS: Objetivo 2008
Remisión del INIHOS cumplimentando en el 100% de sus variables con periodicidad mensual, y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente
Concordancia con los datos comunes del sistema SICPRO

Evaluación
Remisión de ficheros en tiempo y forma
Análisis de discrepancias INIHOS-SICPRO

CMBD-Hospitalización: Objetivo 2008
Remisión del CMBD de HOSPITALIZACIÓN cumplimentado de acuerdo con el "Manual de Instrucciones del CMBD de Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico y Hospital de Día Médico. Año 2008"

Evaluación
- Remisión de ficheros en tiempo y forma
- Adecuada cumplimentación de las variables NUHSA, identificador del registro, código postal, financiación, fecha del primer procedimiento quirúrgico programado y códigos E
- Auditorías presenciales del CMBD de Hospitalización

CMBD-HDQ: Objetivo 2008
Remisión del CMBD de HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO cumplimentado de acuerdo con el "Manual de Instrucciones del CMBD de Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico y Hospital de Día Médico. Año 2008"

Evaluación
- Remisión de ficheros en tiempo y forma
- Adecuada cumplimentación de las variables NUHSA, identificador del registro, código postal, financiación y códigos E
- Auditorías presenciales del CMBD de HDQ

CMBD-HDM: Objetivo 2008
Remisión del CMBD de HOSPITAL DE DÍA MÉDICO cumplimentado de acuerdo con el "Manual de Instrucciones del CMBD de Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico y Hospital de Día Médico. Año 2008"

Evaluación
- Remisión de ficheros en tiempo y forma
- Adecuada cumplimentación de las variables NUHSA, identificador del registro, código postal, financiación y códigos E

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

TERAPIA FOTODINÁMICA: Objetivo 2008
Remisión de la Ficha de Recogida de Datos de Sesiones de Terapia Fotodinámica, cumplimentando el 100% de sus variables, con periodicidad mensual y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente

Evaluación
Remisión de la ficha en tiempo y forma

REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA: Objetivos 2008
Remisión de la Ficha de Recogida de Datos de Reproducción Humana Asistida, cumplimentando el 100% de sus variables, con periodicidad mensual y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente

Evaluación
Remisión de la ficha en tiempo y forma

El Hospital mantendrá actualizado el Registro de Reproducción Humana Asistida (RRHA/SSPA).

Evaluación
Cumplimentación de los datos

COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES: Objetivo 2008
El Hospital mantendrá actualizados los diferentes módulos del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA)

Subsistema de Insuficiencia Renal Crónica

Indicador
Conexiones a SICATA
Estudio anual sobre Calidad en la Hemodiálisis en Andalucía

Evaluación
Conexiones con frecuencia inferior a 30 días: adecuada
Conexiones entre 31 y 60 días: regular
Conexiones por encima de 61 días: deficiente

Subsistema de Donación

Indicador
Análisis del Subsistema de Donación de SICATA

Evaluación
Alta de los donantes en plazo inferior a un mes, a partir de la fecha de extracción: adecuada
Alta de los donantes detectados entre 31 y 60 días: regular
Alta de los donantes con una demora superior a los 61 días: deficiente

Subsistema de Trasplante de órganos y tejidos

Indicador
Análisis del módulo de Trasplante Renal
Análisis del módulo de Trasplante Hepático

Evaluación
% de cumplimentación en la evolución de los trasplantes renales
% de cumplimentación en la evolución de los trasplantes hepáticos
% de inclusión de los pacientes en Lista de Espera para trasplante hepático

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

COHEASIST: Objetivo 2008
El hospital incorporará como herramienta de gestión habitual el Programa COHEASIST y actualizará mensualmente la información relativa a los RR.HH funcionales de los especialistas.

ANEXO
PRESTACION FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Disponible en el Portal de la Intranet del SSPA
http://10.234.22.54/Área Sanitaria/ Sistema de Información de Consumos Hospitalarios de Medicamentos

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

MES: AÑO:
INSTITUCIÓN: LOCALIDAD:

1. Adquisición mensual total
   1.1. Por Concurso
   1.2. Por Procedimiento Negociado
   1.3. Por Suministro menor

2. Existencias de medicamentos último día del mes

3. Consumo mensual total
   3.1. Consumo total pacientes ingresados
      3.1.1. Consumo interno de factor VIIr activado
   3.2. Consumo total pacientes no ingresados (*)
      3.2.1. Consumo pacientes VIH+ sin hepatitis C (D)
         3.2.1.1. Antirretrovirales (D)
      3.2.2. Consumo pacientes VIH+ con hepatitis C (D)
         3.2.2.1. Antirretrovirales (D)
         3.2.2.2. Medicamentos para la hepatitis C (D)
      3.2.3. Consumo de pacientes con hepatitis C (no VIH+) (D)
      3.2.4. Consumo pacientes fibrosis quística (D)
      3.2.5. Consumo pacientes hemofílicos A (factor VIII) (D)
         3.2.5.1. Consumo de factor VIII recombinante (D)
      3.2.6. Consumo pacientes hemofílicos B (factor IX) (D)
         3.2.6.1. Consumo de factor IX recombinante (D)
      3.2.7. Consumo externo de factor VIIr activado (D)
      3.2.8. Consumo interferón en esclerosis múltiple (D)
      3.2.9. Consumo pacientes enfermedad Gaucher (D)
      3.2.10. Consumo pacientes enfermedad de Fabry (D)
      3.2.11. Consumo terapia anti-TNF y similares (no FAME) utilizados en procesos reumatológicos (D)
         3.2.11.1. Consumo de infliximab (D)
         3.2.11.2. Consumo de etanercept (D)
         3.2.11.3. Consumo de adalimumab (D)
         3.2.11.4. Consumo de otros medicamentos anti-TNF (D)
      3.2.12. Consumo en unidades de hemodiálisis
         3.2.12.1. Consumo en unidades propias
         3.2.12.2. Consumo en unidades concertadas

Unidad	Consumo

      3.2.13. Consumo pacientes tto. con terapia fotodinámica (verteporfina) (D)
      3.2.14. Consumo Hospital de Día (D)
      3.2.15. Otros medicamentos (D)

4. Consumo de pacientes no ingresados con prescripción realizada por especialistas adscritos a otro Hospital. (*)
   4.1. De otro Hospital andaluz. (*)
   4.2. De otra comunidad autónoma. (*)
5. Consumo de radiofármacos

6. Consumo de somatropina

7. Nº pacientes VIH+ (*)
   7.1. Nº de pacientes VIH+ con doble terapia (D)
   7.2. Nº de pacientes VIH+ con triple terapia (D)
   7.3. Nº de pacientes VIH+ con cuádruple terapia (D)
   7.4. Nº de pacientes VIH+ con quíntuple terapia o más (D)

8. Nº pacientes VIH+ con hepatitis C (D)
9. Nº pacientes con hepatitis C (sin ser VIH+) (D)
10. Nº pacientes fibrosis quística (D)

11. Nº pacientes hemofílicos A (D)
    11.1. En tratamiento con factor VIII recombinante (D)

12. Nº pacientes hemofílicos B (D)
    12.1. En tratamiento con factor IX recombinante (D)

13. Nº pacientes esclerosis múltiple (D)
14. Nº pacientes enfermedad Gaucher (D)
15. Nº pacientes enfermedad de Fabry (D)

16. Nº pacientes con terapia anti-TNF y similares (no FAME) utilizados en procesos reumatológicos (D)
    16.1. Nº pacientes en tratamiento con infliximab (D)
    16.2. Nº pacientes en tratamiento con etanercept (D)
    16.3. Nº pacientes en tratamiento con adalimumab (D)
    16.4. Nº pacientes en tratamiento con otros medicamentos anti-TNF (D)

17. Nº de sesiones de Unidades de Hemodiálisis
18. Nº pacientes tratados con terapia fotodinámica (verteporfina) (D)
19. Nº pacientes Hospital de Día (D)
20. Nº otros pacientes no ingresados (D)

21. Nº pacientes externos cuyo médico prescriptor pertenezca a otro Hospital (*)
    21.1. De otro Hospital andaluz (*)
    21.2. De otra comunidad autónoma (*)

22. Nº de pacientes en tratamiento con somatropina

(D): Al dispensar medicamentos a pacientes externos cuya prescripción provenga de facultativos de otros Hospitales, los datos se reflejarán específicamente en el apartado correspondiente al centro Hospitalario del que proceda la prescripción.
(*): Estos datos son calculados automáticamente a partir de los datos desglosados aportados por el Hospital.

GLOSARIO DE TÉRMINOS A LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS:

ADQUISICIÓN MENSUAL TOTAL:
Valor[1] de los medicamentos[2] que han tenido entrada en el Servicio de farmacia en el mes correspondiente. Incluirá la adquisición para Centros de Atención Primaria. Excluirá la adquisición de radiofármacos que el servicio de farmacia haya tramitado, cuyos datos se anotarán exclusivamente en el apartado 5.

POR CONCURSO
Valor[1] de los medicamentos[2] que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, cuya adquisición se ha efectuado mediante Concurso Público.

POR PROCEDIMIENTO NEGOCIADO
Valor[1] de los medicamentos[2] que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, cuya adquisición se ha efectuado mediante Procedimiento Negociado.

SUMINISTRO MENOR
Valor[1] de los medicamentos[2] que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, adquiridos mediante suministro menor a laboratorios, oficinas de farmacia, almacenes de distribución y medicamentos extranjeros.

EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS ÚLTIMO DÍA DEL MES:
Valor[1] de los medicamentos[2] existentes en el Servicio de Farmacia el último día del mes correspondiente.

CONSUMO MENSUAL TOTAL:
Valor[1] de los medicamentos[2] que hayan tenido salida del Servicio de Farmacia, durante el mes correspondiente, con la excepción de los destinados a los botiquines de Centros de Atención Primaria (apartado 1.4.) y del consumo de radiofármacos, que se excluirán.

CONSUMO TOTAL PACIENTES INGRESADOS:
Valor[1] mensual de los medicamentos destinados a pacientes ingresados, que hayan tenido salida del Servicio de Farmacia, durante el mes correspondiente (CONSUMO TOTAL - CONSUMO DE PACIENTES NO INGRESADOS **-** CONSUMO ó ADQUISICIÓN PARA CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA)

CONSUMO TOTAL PACIENTES NO INGRESADOS:
Valor[1] mensual de los siguientes medicamentos destinados a pacientes no ingresados:

- Medicamentos para pacientes VIH+ sin hepatitis C.
- Medicamentos para pacientes VIH+ con hepatitis C.
- Medicamentos para pacientes con hepatitis C no VIH.
- Medicamentos para pacientes afectados de fibrosis quística.
- Factor VIII para pacientes hemofílicos A.
- Factor IX para pacientes hemofílicos B.
- Interferón y otros medicamentos análogos para pacientes con esclerosis múltiple.
- Medicamentos para pacientes con enfermedad de Gaucher.
- Medicamentos para pacientes con enfermedad de Fabry.
- Medicamentos anti-TNF y similares (no FAME), administrados en Hospital de día o dispensados a pacientes externos, utilizados en procesos reumatológicos.
  - Infliximab utilizado en pacientes para procesos reumatológicos.
  - Etanercept utilizado en pacientes para procesos reumatológicos.
  - Adalimumab utilizado en pacientes para procesos reumatológicos.
  - Medicamentos similares, no FAME, utilizados en pacientes para procesos reumatológicos.

- Medicamentos destinados a pacientes atendidos en unidades de hemodiálisis propias y concertadas. El consumo de pacientes que estén en prediálisis deberá incluirse como

consumo en las unidades de hemodiálisis propias. En las unidades de hemodiálisis concertadas especificar el nombre y el consumo de cada unidad.

- Verteporfina para pacientes con terapia fotodinámica.
- Hospital de Día: Medicamentos administrados en Hospital de Día, es decir, administrados in situ a pacientes de **cualquier especialidad médica**, que acuden al centro, sin que esto les suponga un episodio de Hospitalización. No se incluyen los anti-TNF, que se especificarán en su correspondiente apartado.
- Otros medicamentos: otros medicamentos dispensados directamente por el Servicio de Farmacia a pacientes no ingresados.
- Medicamentos de dispensación Hospitalaria a pacientes externos, incluidos en apartados anteriores y cuya prescripción haya sido realizada por un especialista adscrito a otro Hospital (la adscripción del consumo de cada apartado a cada Hospital con el fin de imputar dicho consumo al Hospital al que pertenece el médico prescriptor se realizará vía Intranet en formato Web normalizado que estará disponible para su cumplimentación).

CONSUMO DE RADIOFÁRMACOS
Valor mensual de los tratamientos con radiofármacos cuya adquisición se haya tramitado a través del servicio de farmacia en el mes correspondiente.

CONSUMO DE SOMATROPINA
Valor mensual de los tratamientos con somatropina cuya adquisición se haya tramitado a través del servicio de farmacia en el mes correspondiente.

NÚMERO DE PACIENTES VIH+ SIN HEPATITIS C
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados para todos los pacientes VIH+, no ingresados.

Nº PACIENTES VIH+ CON HEPATITIS C
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados para Pacientes VIH+, coinfectados con el virus de la hepatitis C, no ingresados.

Nº PACIENTES CON HEPATITIS C (SIN SER VIH+)
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados para Pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C, no VIH+, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados a pacientes afectados de fibrosis quística, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES HEMOFÍLICOS.
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados a pacientes hemofílicos, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Número de tratamientos mensuales[4] de interferón dispensados a pacientes afectados de esclerosis múltiple, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES ENFERMEDAD DE GAUCHER
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados o administrados a Pacientes con enfermedad de Gaucher, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES ENFERMEDAD DE FABRY
Número de tratamientos mensuales[4] dispensados o administrados a Pacientes con enfermedad de Fabry, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES CON TERAPIA ANTI-TNF Y SIMILARES (NO FAME[3]) UTILIZADOS EN PROCESOS REUMATOLÓGICOS
Número de tratamientos mensuales[4] de etanercept, infliximab, adalimumab y medicamentos similares dispensados por el Servicio de Farmacia a pacientes no ingresados o administrados en Hospital de Día a pacientes con procesos reumatológicos. Quedan excluidos los pacientes tratados exclusivamente con medicamentos FAME, tales como el metotrexate o la leflunomida.

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON ETANERCEPT
Número de tratamientos mensuales[4] de etanercept dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia.

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON INFLIXIMAB
Número de tratamientos mensuales[4] de infliximab dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia.

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON ADALIMUMAB
Número de tratamientos mensuales[4] de adalimumab dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia.

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON OTROS MEDICAMENTOS ANTI-TNF
Número de tratamientos mensuales[4] de otros factores anti-TNF dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia o administrados en el Hospital de día durante el mes correspondiente.

NÚMERO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS
Número de sesiones de hemodiálisis realizadas a pacientes atendidos en las unidades de hemodiálisis durante el mes correspondiente.

NÚMERO DE PACIENTES HOSPITAL DE DÍA
Pacientes atendidos en Hospital de día de cualquier especialidad médica durante el mes correspondiente (excluir los tratamientos con cualquier medicamento que tenga un apartado específico en este anexo, aunque se administre en unidades de día).

NÚMERO DE PACIENTES CON VERTEPORFINA EN TERAPIA FOTODINÁMICA
Pacientes tratados con verteporfina en terapia fotodinámica durante el mes correspondiente.

NÚMERO OTROS PACIENTES NO INGRESADOS
Número de tratamientos mensuales[4] de “otros medicamentos” dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia (excluir los tratamientos con factores anti-TNF, que se especificarán en su correspondiente apartado).

NÚMERO DE PACIENTES CON SOMATROPINA
Número de tratamientos mensuales[4] de somatropina dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia.

NÚMERO Y PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS VINE
Número total de presentaciones VINE incluidos en la Guía Farmacoterapéutica y porcentaje que representan frente al total de presentaciones incluidas en la Guía Farmacoterapéutica.

PORCENTAJE DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS INCLUIDAS EN GUÍA QUE NO TENGAN RESPALDO EN LA GUÍA DE REFERENCIA.
Se entenderá por especialidad farmacéutica el conjunto de principio activo, dosis y forma farmacéutica. Ejemplo, ácido acetilsalicílico comp. 500 mg. En caso de haberse definido en la Guía de Referencia un Equivalente Terapéutico se contabilizará como incluida una sola especialidad farmacéutica por dosis y forma de dosificación incluida. El resto, se contabilizarán como no incluidas.

[1]Valor: Importe de los medicamentos calculado a precio real de adquisición, incluidos descuentos, bonificaciones, rappels e IVA. Las bonificaciones en producto se imputarán a importe cero.

[2]Medicamento:"Toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en personas... que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental. También se consideran medicamentos las sustancias medicinales o sus combinaciones que puedan ser administrados a personas.....con cualquiera de estos fines

aunque se ofrezca sin explicitar referencia a ellos" (Ley 25/90 del Medicamento). Por tanto, se incluirá, también, la nutrición parenteral.

[3]Medicamentos FAME.- Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (metotrexate, leflunomida, etc.).

[4]Se considerará un tratamiento mensual como aquel dispensado para el tratamiento de 30 días. Para periodos menores se podrán contabilizar fracciones. En el caso de que el tratamiento completo sea de duración inferior a un mes se contabilizará con el valor de 1. Si el tratamiento se realiza en ciclos se contabilizará como 1 cada mes que el paciente recibe tratamiento. Para la consideración de terapia doble, triple, cuádruple, quíntuple o más no se tendrán en cuenta aquellos antirretrovirales que se administran a bajas dosis para aumentar la biodisponibilidad de otros.

ANEXO
MODELO DE ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE DISTRITOS Y HOSPITALES

Las estrategias de desarrollo del Sistema Público de Salud de Andalucía se articulan alrededor de la idea de hacer del ciudadano centro real del sistema y motivo fundamental de su organización.

En este marco constituye un elemento de primer orden la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre, los dos niveles asistenciales, incorporando la gestión por procesos como un elemento facilitador y de acercamiento desde la perspectiva clínica.

Con este fin se plantea una nueva visión del ACUERDO DE GESTIÓN que anualmente suscriben Hospitales y Distritos del SAS. La experiencia ha mostrado la bondad y utilidad de este acuerdo en el caso de la definición, ordenación y gestión de las interconsultas y pruebas diagnósticas desde Atención Primaria al Hospital. El acuerdo incorpora otros aspectos que persiguen los dos fines antes descritos: una visión continuada de la atención al ciudadano y un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre nuestros Distritos y Hospitales

REUNIDOS

De una parte el Distrito de Atención Primaria…… y en su nombre y representación D./Dña. ……, en calidad de Director/a
De otra parte el Hospital…… y en su nombre y representación D./Dña. …… en su calidad de Director/a Gerente

EXPONEN LOS ACUERDOS ALCANZADOS con arreglo a los siguientes ámbitos:

Gestión por procesos asistenciales integrados
Consultas
Acceso a pruebas diagnósticas
Hospitalización y cuidados domiciliarios
Urgencias
Cirugía
Anticoagulación
Fisioterapia-Rehabilitación
Terapias respiratorias
Material ortoprotésico
Asistencia bucodental a personas con discapacidad
Formación y docencia

GESTION POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

La Gestión por Procesos asistenciales integrados constituye, junto a la Gestión Clínica, una herramienta básica de trabajo, para garantizar la calidad de las prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Su desarrollo en el Sistema Andaluz de Salud avala la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. La implantación de los procesos asistenciales en el SAS se realizará, por tanto, de manera coordinada entre Atención Primaria y Hospitalaria.

El Distrito y el Hospital continuarán desarrollando las líneas de actuación iniciadas en años anteriores y deberán tener implantados en el Área Hospitalaria un mínimo de 22 procesos asistenciales a finales de 2008, y en fase 1 los de nueva incorporación.

Los procesos priorizados para su implantación deberán elegirse de la siguiente manera, todos los obligatorios (tabla 1) y 5 de los prioritarios (tabla 2)

Los procesos de soporte (tabla 3) se deberán comenzar a implantar en este año, en las unidades que correspondan, dadas sus características especiales.

Estos procesos se deberán implantar siguiendo la metodología contemplada en la Guía de diseño y mejora continua de Procesos del SSPA, y las directrices dadas desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

Tabla: 1

PROCESOS ASISTENCIALES OBLIGATORIOS PARA SU IMPLANTACIÓN	
. Asma infantil	. Cáncer de Pulmón
. Asma del adulto	. Cuidados Paliativos
. Ataque cerebrovascular	. Dolor Torácico
. Cáncer de Cérvix/Útero	. Diabetes
. Cáncer de mama	. Embarazo, parto y puerperio
. HBP/Cáncer de Próstata	. EPOC
. Cáncer Colorrectal	. Insuficiencia cardiaca
. Cáncer de piel . Disfonía/Cáncer de Laringe	. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal*

*Solamente para aquellos Hospitales/Distritos Sanitarios que realicen actividades correspondientes a este Proceso

Tabla: 2

PROCESOS ASISTENCIALES PRIORITARIOS PARA SU IMPLANTACION	
. Amigdalectomía/adenoidectomía	. Fiebre de duración intermedia
. Anemia	. Fractura de cadera
. Ansiedad, Depresión, Somatización	. Hemorragias uterinas anormales
. Arritmias	. Hernias de pared abdominal
. Artroplastia de cadera	. Hepatitis víricas
. Artrosis de cadera y rodilla	. Insuficiencia venosa crónica
. Atención al Paciente Pluripatológico	. Otitis
. Atención Temprana	. Riesgo Vascular
. Atención a la caries dental y a las inclusiones dentarias	. Red de banco de tumores de Andalucía
. Catarata	. Síndrome febril en el niño
. Cefaleas	. Trasplante cardiaco
. Colelitiasis/colecistitis	. Trasplante hepático
. Demencia	. Trasplante pulmonar
. Disfunción tiroidea	. Trastorno de la conducta alimentaria
. Dispepsia	. Trauma grave
. Dolor Abdominal	. Trastorno mental grave
. Dolor crónico no oncológico	. VIH/SIDA
. Fibromialgia	

Tabla: 3

PROCESO DE SOPORTE PARA SU IMPLANTACION
. Hemoterapia
. Bloque quirúrgico
. Laboratorios clínicos
. Nutrición clínica y dietética
. Técnicas de imagen

Mapa de procesos que desarrollará el Área (Distrito-Hospital) durante el año 2008

Procesos en fase 2	*Nuevos procesos acordados*

Estructura Organizativa

El Distrito y el Hospital deberán articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en las comisiones mixtas interniveles, fijando un calendario anual de reuniones y levantando actas que recojan los temas y acuerdos alcanzados.

El Distrito y el Hospital potenciarán los Grupos de Desarrollo e implantación de Procesos en cada Área Hospitalaria con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales en cada uno de los procesos asistenciales priorizados.
Cada Grupo de Desarrollo e implantación realizará, previo a su implantación, el análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI (según el modelo estandarizado del Anexo II) y la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), estos grupos recogerán los acuerdos y temas abordados en cada reunión, mediante las actas correspondientes.

Estos grupos de profesionales participarán en la evaluación de los resultados y en el análisis y propuestas de mejora.

El Distrito y el Hospital incentivarán y facilitarán la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales y potenciarán la evaluación de los resultados de los procesos de forma conjunta en los dos niveles asistenciales**.**

Dentro del plan de formación para 2008, el Distrito y el Hospital incorporarán las necesidades de formación para cada proceso asistencial y elaborarán un programa de actividades anual. Este plan de formación deberá ir unido al plan de comunicación interna de toda la línea de desarrollo de proceso.

El Distrito y el Hospital incorporarán en los Contratos de Gestión de sus Unidades de Gestión Clínica objetivos de desarrollo y resultado de procesos asistenciales integrados de aquellos que tiene implantados en su Área, facilitando en todo momento el trabajo y el cumplimiento de

los objetivos de cada una de las Unidades de Gestión Clínica, ya sea de Atención Hospitalaria o Atención Primaria.

Cuadro de mando

El Distrito y el Hospital elaborarán el cuadro de mando para el seguimiento del cumplimiento de normas de calidad, que previamente habrá sido elaborado de manera individual, propondrán el análisis de mejora y la evaluación posterior de los cambios introducidos en los servicios a partir de los problemas detectados.

Desarrollo de grupos de mejora

El Distrito y el Hospital impulsarán a lo largo del año 2008, el desarrollo de grupos de mejora y, como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad, según se establece en la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrales del SSPA.

Estos grupos tendrán la misión de diseñar estrategias de mejora para aquellos aspectos, que no alcancen los objetivos establecidos en el Área Hospitalaria, garantizando en todo momento la continuidad asistencial.

CONSULTAS

Demanda y Oferta de consultas (incluida salud mental)

El Hospital garantizará, según los procedimientos establecidos, la disponibilidad de información actualizada sobre la oferta de especialistas y servicios elegibles, oferta de primeras consultas para el año para el Distrito, teniendo todas las agendas abiertas en el sistema de citas web.

La Dirección del Distrito establecerá con el Hospital para el año 2008 su demanda de primeras consultas para cada especialidad ajustándose a los estándares fijados para cada especialidad. La adecuación a los estándares fijados se revisará de manera continua.

Se entiende por primeras consultas procedentes de Atención Primaria, todas aquellas derivaciones de pacientes realizadas desde los centros de salud. No entendiéndose como tal las derivadas de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios, ni procedentes de otras especialidades, ni revisiones de cualquier tipo indicada por el especialista, tal y como se establece en las instrucciones remitidas en la “guía de términos relativos a consultas externas y pruebas diagnósticas”

El Hospital se compromete a mantener como mínimo la oferta necesaria durante todo el ejercicio para el que se realice el acuerdo, sin desprogramaciones. En caso de situaciones excepcionales que obliguen a la anulación de una consulta, el Hospital reubicará las citas afectadas entre el resto de facultativos de la misma especialidad. Esta reubicación le será comunicada al paciente por vía urgente y en ningún caso afectará al tiempo de respuesta establecido en el Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta en Atención a Procesos Asistenciales, Primeras Consultas Especializadas y Procedimientos Diagnósticos en el SSPA.

El Distrito se compromete a que su demanda no supere el nivel de consultas fijado en el estándar y aportará las pruebas diagnósticas que puedan realizarse en el centro de salud para el proceso de que se trate (espirometría, ECG, radiografía básica, test de O’Sullivan y extracción analítica).

El Distrito se compromete a poner en práctica las medidas recogidas en su Plan de Racionalización de la demanda de interconsultas, así como cuantas medidas sean necesarias para una mayor eficiencia en la demanda de interconsultas. Así mismo los Distritos, con apoyo del Hospital, establecerán mecanismos o circuitos para valorar la pertinencia de las derivaciones a interconsultas.

Los operadores de Diraya en AP sólo podrán generar solicitudes con CNPs de facultativos de AP y únicamente con las tareas de PCAP y Acto Único procedente de AP.

Los operadores de Diraya en AH sólo podrán utilizar solicitudes generadas con CNPs de FEAs y no generarán solicitudes de PCAP ni de consultas de Acto Único procedentes de AP. No obstante, para subsanar errores cometidos en las solicitudes de AP, se creará un perfil en AH que podrá utilizar solicitudes con CNPs de Facultativos de AP. Este perfil será autorizado por la DRPA.

Especialidad	CONSUMO 2.007	ESTÁNDAR 2.008	OBJETIVO 2008
Alergología		3,46	
Cardiología		9,62	
Cirugía general		14,38	
Dermatología		23,75	
Digestivo		11,37	
Endocrinología		4,36	
Medicina interna		4,28	
Nefrología		0,62	
Neumología		5,07	
Neurología		5,21	
Oftalmología		34,34	
ORL		19,83	
Pediatría		2,31	
Rehabilitación		7,46	
Reumatología		3,91	
Psiquiatría y Salud Mental		9,54	
Ginecología		23,23	
Obstetricia		7,33	
Traumatología		38,49	
Urología		11,6	
TOTAL		240,16	

El objetivo será el número de consultas (en valores absolutos) por especialidad que resulta al multiplicar el estándar de cada especialidad por el número de TAEs del Distrito a 31/12/07.

Procedimiento de atención a las consultas

Al paciente se le informará sobre la posibilidad de elegir entre todos los especialistas con agenda de consultas, incluyendo el lugar y horario de la consulta.

La solicitud de la consulta se realizará en el correspondiente modelo cumplimentando obligatoriamente:

- Datos identificativos del paciente
- Datos identificativos del medico solicitante
- Motivo de la solicitud y/o identificación del proceso asistencial integrado en su caso
- Información clínica relevante: antecedentes de interés, datos más relevantes de la anamnesis y exploración, resultados de pruebas complementarias, orientación diagnóstica y tratamiento seguido por el paciente

Hasta que se produzca el alta clínica por parte del Hospital, las citas para las visitas sucesivas, pruebas diagnósticas e interconsultas serán gestionadas desde el Hospital

El Hospital enviará al Centro de Salud el Informe de alta y el informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería en los casos en que se precise, entendiéndose que ésta no se produce hasta el momento de remisión del mismo. En el informe de alta y en el informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería deberán constar además de la información clínica y administrativa habitual, los siguientes datos:

- El médico especialista responsable del paciente para ese proceso
- La enfermera referente del paciente y vía de acceso*
- La identificación del cuidador principal en el ámbito familiar en los casos en que sea preciso
- El diagnóstico social y el trabajador social de referencia en los casos en que se considere que la situación de riesgo social debe ser tenida en cuenta para el seguimiento del paciente (especialmente ancianos frágiles, situaciones de maltrato, drogodependencias, enfermos mentales o marginación)

* Además de dejar constancia del nombre y vía de acceso a la enfermera referente, se recogerá en el informe el nombre y firma de la enfermera que se encontrase de turno en caso de ausencia de la enfermera referente.

El Hospital se compromete a que sus especialistas realicen las recetas de los tratamientos farmacológicos necesarios en los términos establecidos en la Circular 6/96 de la Dirección Gerencia del SAS

Consultorías

El Hospital tendrá permanentemente operativos los procedimientos que faciliten las funciones de consultoría (presencial, telefónica o telemática) de las ZBS, en al menos las siguientes especialidades:

Servicio Especialidad	Días semana	Horario	Tipo consultoría	Centro	Teléfono / e-mail
M. Interna					
Cardiología					
Neurología					
Neumología					
Digestivo					
Endocrino					
Neurología					
ORL					
Dermatología					
Oftalmología					
Urología					
Obstetricia Ginecología					
Cirugía					
Traumatología					
Radiología					
Rehabilitación					
Unidad de Ostomías					
Hospital de día Oncohemato.					

Tipo consultoría: presencial; telemática; telefónica.

ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Oferta de pruebas diagnósticas

El Hospital ofertará al Distrito la realización de pruebas diagnósticas de acuerdo con su cartera de servicios y en los plazos que permitan el cumplimiento de lo establecido en el Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta en Atención a Procesos Asistenciales, Primeras Consultas Especializadas y Procedimientos Diagnósticos en el SSPA.

- Ecografías obstétricas
- Ecografías ginecológicas
- Ecografías abdominales
- Ecografías urológicas
- Mamografías
- TAC
- Estudios radiológicos con contraste
- Endoscopias digestivas altas
- Endoscopias digestivas bajas

La solicitud de pruebas desde Atención Primaria se circunscribirá a aquellos procesos en los que la práctica de la prueba complementaria permite establecer un diagnóstico y un tratamiento propios del ámbito de Atención Primaria, mejorando el nivel de resolución y evitando derivaciones al Hospital.

Pruebas diagnósticas y Procesos Asistenciales

El Hospital y el Distrito, analizarán su mapa de procesos asistenciales y garantizarán, el acceso a las pruebas complementarias definidas en cada proceso implantado para los facultativos de Atención Primaria de su Área de influencia; asimismo, el Distrito garantizará el análisis permanente del consumo de tales pruebas diagnósticas según lo establecido en cada proceso. El Distrito y el Hospital, evaluarán los resultados y capacidad de resolución desde Atención Primaria tras las indicaciones de las pruebas diagnósticas por parte de sus facultativos y remitirán a los SSCC (Coordinación de Procesos Asistenciales) los resultados obtenidos.

HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADOS DOMICILIARIOS

Pacientes con Hospitalizaciones reiteradas

El Hospital desarrollará los mecanismos adecuados para la detección de casos susceptibles de cuidados complejos en el domicilio facilitando la coordinación entre los profesionales de AH y AP para la planificación conjunta del alta Hospitalaria. Esta coordinación será necesaria para monitorizar a los pacientes con Hospitalizaciones reiteradas que realmente puedan controlar su problema en Atención Primaria.

Se identificará e intervendrá en aquellos pacientes, con ingresos Hospitalarios reiterados, más de tres ingresos en los seis últimos meses y/o personas frecuentadoras de los servicios de urgencias.
Se activarán GUÍAS DE ACTUACIÓN COMPARTIDA (GAC) que delimiten las actuaciones en ciertos problemas en uno y otro nivel de atención.

Las GAC constituyen algoritmos que permiten discernir las intervenciones más efectivas a realizar en cada grupo de pacientes que presenten una condición clínica específica común. Este instrumento debe constituir una pauta de actuación unificada considerando las perspectivas de los dos niveles asistenciales, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, evaluable, eficiente y sencilla metodológicamente

Entre las situaciones específicas relacionadas con la continuidad asistencial y de cuidados se citan algunos ejemplos sobre los que se podrán desarrollar las GAC: Pacientes pluripatológicos, en cuidados paliativos, pacientes frágiles, crónicos con Hospitalizaciones

frecuentes, con patología mental, con terapias respiratoria, ostomizados, manejo de reservorios, nutrición enteral...

En estas guías habrá unas recomendaciones generales y otras que podrán adaptarse a las circunstancias de la estructura sanitaria local, por ello se organizará la adaptación a su contexto específico.

La GAC, tal como se referencia en anexo adjunto a este Contrato Programa, es un instrumento que orienta a las enfermeras en la toma de decisiones en situaciones específicas relacionadas con la continuidad de cuidados interniveles.

Continuidad y Planificación de Cuidados de Enfermería al alta

Se evitarán las estancias innecesarias en el Hospital mediante la cooperación con los equipos de Atención Primaria que garanticen un adecuado nivel de cuidados del paciente en su domicilio. Para facilitar dicha continuidad entre los dos niveles de atención se continuarán desarrollando las COMISIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE AREA, órgano de gestión, formado por enfermeras clínicas de los distintos unidades del Hospital y enfermeras de familia, enfermeras gestoras de casos y de salud mental de los Distritos de AP, así como directivos que trabajan para mejorar la coordinación y la continuidad de cuidados interniveles.

La herramienta de intercambio de información entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales será el INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. Este informe se entregará a los pacientes y así mismo se enviará a las Zonas Básicas de Salud mediante soporte técnico. Se enviará en un periodo máximo de 48 horas incluyendo una valoración por Área de necesidades, diagnósticos e intervenciones que requieran continuidad en AP. Por parte de los equipos de AP se mantendrá un contacto telefónico con el paciente antes de las 24 horas posteriores a la recepción del informe y se garantizará la respuesta asistencial adecuada.

La remisión del informe se hará en menos de 24 horas en aquellos pacientes en los que se haya identificado:

- Deterioro de la movilidad física
- Deterioro de la Integridad Cutánea
- Manejo inefectivo de régimen terapéutico
- Déficit de autocuidados
- Cansancio en el rol de cuidador
- Ingresos reincidentes
- Patología mental severa
- Situaciones de riesgo social (residentes en zonas con necesidades de transformación social maltrato infantil, violencia de género, drogodependencia y/o hábitos adictivos)

El Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería es un documento con carácter bidireccional, ya que aunque es especialmente necesario al alta Hospitalaria, también deberá emitirse en aquellos casos en que la enfermera de familia de referencia o enfermera gestora de casos en AP considere necesario por la situación que presente el paciente y cuando se conozca el ingreso de éste. Actualmente esto sólo es posible en los casos de ingresos de cirugía programada.

Los pacientes que lo necesiten dispondrán del CUADERNO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS en el que las enfermeras de familia deberán registrar la evolución del paciente y las intervenciones de cuidados realizadas. Este documento deberá acompañar al paciente en sus contactos con los dispositivos de Atención Hospitalaria donde las enfermeras de este ámbito registrarán las incidencias correspondientes.

El Distrito y el Hospital trabajarán conjuntamente con el servicio de SALUD RESPONDE en el seguimiento telefónico de los pacientes frágiles dados de alta desde las unidades de Hospitalización y observación de urgencias.

Material necesario para el tratamiento

El Hospital proveerá al Distrito de Atención Primaria (sin intervención del usuario) aquel material necesario para el tratamiento domiciliario de los pacientes que por sus características específicas no están incluidos en el catálogo de material de Atención Primaria, a requerimiento de este. Especialmente para los pacientes de

- CMA
- Grandes discapacitados (paciente con alto nivel de dependencia para el cuidado, problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado, deterioro cognitivo grave)
- Pacientes oncológicos y en situación terminal que precisan cuidados paliativos
- Pacientes incluidos en Unidades del Dolor
- Pacientes con nutrición enteral / parenteral domiciliaria

URGENCIAS

Comisión de Mejora en Urgencias y Emergencias

Se constituirá una Comisión de Mejora en Urgencias entre los Distritos y los Hospitales de referencia para optimizar la respuesta a las urgencias y emergencias en su Área de referencia.

Esta comisión, establecerá un protocolo de seguimiento de las altas Hospitalarias de urgencias, en horario de no apertura de EBAP (tardes – noches, fines de semana y festivos) para garantizar la continuidad del proceso asistencial por parte del DCCU.

Se establecerá un protocolo de seguimiento de pacientes paliativos que puedan requerir una asistencia urgente, procurando su ingreso directo en las unidades correspondientes sin pasar por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital.

Se potenciarán los protocolos de actuación y tratamiento en las urgencias más frecuentes y los procesos asistenciales

El Hospital podrá solicitar a los dispositivos de Atención Primaria que los pacientes dados de alta por el servicio de urgencias Hospitalarias que así lo requieran, sean atendidos en consulta o a domicilio en menos de 24 horas por dichos dispositivos, para lo cual deberán garantizar el envío de la información necesaria al Centro de Salud correspondiente, preferentemente por teléfono o fax. El Centro de Salud se compromete a garantizar dicha asistencia

CIRUGÍA

Cirugía menor ambulatoria

El Hospital garantizará el análisis de las muestras destinadas a Anatomía Patológica correspondientes a las intervenciones de cirugía menor realizadas en todos los Centros de Salud.

Atención bucodental al paciente discapacitado

En el año 2008 el Distrito y el Hospital deberán prestar atención a las personas con discapacidad según la ampliación del Plan de apoyo a la familia. Para ello continuarán y mejorarán el acuerdo realizado en el año 2007 para garantizar la atención bucodental a aquellas personas con discapacidad que necesitan sedación. En el Acuerdo constará, al menos:

- Circuito que se llevará a cabo desde el Distrito hasta el Hospital.
- La adscripción al Servicio de Maxilofacial del Hospital de referencia, si lo hubiera y en su defecto al Servicio de Cirugía.
- Agenda y equipo de dentistas que participan en la atención a personas con Discapacidad (fundamentalmente formado por aquellos dentistas que pertenecen al Distrito de la misma localidad donde está el Hospital)

- Protocolo de seguimiento a los pacientes: Quién, cuándo y cómo. (Mantenimiento y enseñanza de higiene oral para personas con discapacidad y familiares de estos)

Los pacientes serán citados en una agenda en cada Hospital por los dentistas de cabecera, tanto en la consulta de preanestesia como posteriormente en la cita para sedación. A la consulta de anestesia deberán acudir con las pruebas complementarias que se establezcan. Dichas pruebas se realizarán en Atención Primaria.

Los pacientes serán atendidos en el Hospital por los dentistas que se acuerde y que pertenezca, salvo excepciones, al Distrito donde esté ubicado el Hospital donde se atienda a la población. Las altas tras la atención se podrán dar por parte de estos dentistas; o por el personal facultativo de las salas de despertar de los citados Hospitales.

ANTICOAGULACIÓN

El Hospital mantendrá la coordinación entre el Servicio de Hematología y las Zonas Básicas de Atención Primaria para la descentralización de la anticoagulación oral y el control clínico del paciente estable en A. Primaria. Se establecerá el mecanismo de elección entre procedimientos de química seca (con absoluta preferencia) o húmeda (en casos excepcionales y justificados)

El control de anticoagulación descentralizado se realizará en los siguientes Centros de Salud o Zonas Básicas de Salud:

Centro o zona básica de salud	Fecha de implantación

FISIOTERAPIA - REHABILITACIÓN

Los Distritos de Atención Primaria y los Hospitales establecerán acuerdos de colaboración en el marco de la Comisión de Continuidad Asistencial, para garantizar la consecución de los objetivos de contrato programa que tienen en común, con el objetivo de ofertar una atención de calidad, en el lugar más adecuado para el paciente.

Estos acuerdos tendrán como referencia la Guía de procedimientos de rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria, la Guía de los Equipos de Rehabilitación y Fisioterapia en Domicilio, la Guía para el desarrollo de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud y las pautas de actuación conjunta de los Equipos Básicos de Atención Primaria y los Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación en Atención Primaria.

Los acuerdos de colaboración desarrollarán al menos:

1. Análisis de la accesibilidad de los usuarios a las salas donde se realizan tratamientos rehabilitadores y de fisioterapia. Dicho análisis se acompañará de un plan de actuación para resolver el déficit de accesibilidad detectado, que se especificará en la memoria anual de la Comisión de Continuidad Asistencial. En este plan, se recogerán los acuerdos de derivación protocolizada directa de los médicos de familia a los fisioterapeutas, así como la propuesta de apertura de nuevas salas.

   Las UAC de cada centro sanitario tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria asumirán los procedimientos de citación de las salas de fisioterapia y rehabilitación sin la intervención de los pacientes, asegurando que los circuitos de comunicación interna garanticen la seguridad y calidad de la documentación clínica

2. Valoración de la implicación de los servicios de rehabilitación en la implantación de los procesos asistenciales integrados que se realizará con especial relevancia en el caso de los procesos EPOC, dolor torácico, ataque cerebrovascular, fractura de cadera y cáncer de mama.

3. Evaluación de la pertinencia de las derivaciones, tanto de los profesionales de Atención Primaria como de los médicos rehabilitadores del Hospital y Plan de acción para garantizar que las derivaciones a las salas de fisioterapia y rehabilitación se ajusten a lo indicado en las guías, evitándose la derivación de paciente sin cumplir los criterios establecidos.

4. Impulso para la cooperación y coordinación entre las salas de tratamiento y los servicios de rehabilitación, concretándose la oferta de consultas de médico rehabilitador en los centros de salud y la existencia de consultorías telefónicas y/o presenciales.

5. Elaboración de un plan de formación conjunto para los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria

TERAPIAS RESPIRATORIAS

El Hospital remitirá a los Distritos de Atención Primaria un listado de sus pacientes con Terapia Respiratoria (CPAP y Oxigenoterapia) así como las indicaciones clínicas correspondientes

Las enfermeras de Atención Primaria revisarán a los pacientes trimestralmente durante el primer año de tratamiento y semestralmente en los siguientes, valorando si el paciente cumple el tratamiento prescrito y la tolerancia al mismo y remitirán los informes correspondientes al Servicio indicado por el Hospital

El Hospital remitirá con la mayor brevedad posible un informe al Centro de Salud, donde indicará las modificaciones del tratamiento correspondientes

MATERIAL ORTOPROTÉSICO

El Hospital se coordinará con el Distrito de Atención Primaria para la gestión del material necesario para el cuidado domiciliario del paciente que no esté incluido en el catálogo de prestaciones, como es al caso de camas articuladas, grúas, colchones antiescaras, etc.

Es muy importante verificar la disponibilidad del material antes de comunicarle al paciente que dispondrá de este material en el domicilio.

El Distrito se compromete a realizar un seguimiento del material ortoprotésico entregado a los pacientes.

FORMACIÓN Y DOCENCIA

El Hospital y Distrito organizarán actividades conjuntas de formación y docencia dirigidas a sus profesionales que versarán preferentemente sobre los siguientes temas:

- Gestión por procesos. Gestión Clínica
- Uso racional de métodos diagnósticos
- Uso racional del medicamento
- Continuidad de cuidados
- Metodología enfermera
- Seguridad
- Comunicación
- Salud mental
- Atención a las situaciones de riesgo social
- Atención al usuario
- Otros priorizados por la DGAS en los Contratos Programa

El Hospital y el Distrito ofertarán programas formativos sobre cuidados básicos dirigidos a las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y, de forma especial, a las cuidadoras principales y/o informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del Área. Se realizará en forma de talleres que estimulen la participación y la creación de grupos que permitan el apoyo mutuo y la colaboración.

ANEXO
GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA

GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA (GAC)

JUSTIFICACIÓN

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria (como puerta de entrada de los usuarios al sistema) y Atención Especializada (como apoyo y complemento de la atención primaria, siendo necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera), la continuidad de cuidados entre ambos niveles ha sido un reto de los servicios de salud.

La discontinuidad aparece en el momento en que un centro asistencial, servicio o unidad desestima o subordina a otras prioridades la información relativa a los pacientes y/o cuidadores, anteponiendo el entorno a las personas de forma que se produce una incidencia negativa sobre la atención de estos.

Las Comisiones de Cuidados de Área (CCA) se crearon con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales. Entre los objetivos específicos de estas CCA se recoge el desarrollo de Guías de Actuación Compartida (GAC) con especial énfasis en aquellas que están diseñadas para las poblaciones más frágiles.

La GAC es un instrumento que orienta sobre aquellas actividades de coordinación de la continuidad asistencial en determinados procesos y/o problemas de salud específicos, que implican circuitos, trámites y material clínico, para la mejor y pronta gestión de los requerimientos terapéuticos. Estas guías son algoritmos que definen las actividades de coordinación más eficientes a realizar para cada grupo de pacientes que presenten una condición clínica específica común.

OBJETIVOS

1. Facilitar la captación e inclusión de la población diana en los circuitos establecidos por las GAC desde y con las unidades acordadas.
2. Facilitar el seguimiento de los criterios de actuación para la coordinación de los profesionales de cada nivel asistencial ante los requerimientos terapéuticos.

POBLACIÓN DIANA

Entre las poblaciones susceptibles de beneficiarse de estas GAC, se pueden mencionar dos grupos:

- Personas con problemas de salud específicos, tales como las personas que sufren múltiples patologías, personas con patologías crónicas reagudizables que sufren hospitalizaciones frecuentes, con trastorno mental grave, u otras personas incluidas en este grupo de población más frágil o vulnerable.
- Personas con requerimientos especiales para manejar su situación clínica, por ejemplo las personas que requieren cuidados paliativos, que necesiten terapias respiratorias o nutrición artificial en el domicilio, personas con ostomías o con reservorios.

METODOLOGÍA

1) Elaboración
   - La priorización de las guías por grupos de población serán establecidas por las Comisiones de Cuidados de Área.
   - Las Comisiones de Cuidados de Área crearán grupos de trabajo para la elaboración de las GAC. Estos grupos de trabajo estarán formados principalmente por enfermeras clínicas con experiencia en el área a desarrollar, y contarán con la asesoría de los directivos que formen parte de las Comisiones de Cuidados de Área y de otros profesionales del Hospital y el Distrito Sanitario cuando sea necesario (Ej: UAC)

- Las GAC deberán detallar los criterios de inclusión de las poblaciones dianas, los mecanismos de captación, los circuitos y profesionales de referencia, las actividades de coordinación más frecuentes en cada nivel asistencial y las intervenciones terapéuticas concretas que sean necesarias especificar.
- Las GAC deben constituir una pauta de actuación unificada, considerando las perspectivas de los dos niveles asistenciales y el consenso entre los profesionales que van a utilizarla. Además debe ser un documento evaluable, eficiente y sencillo metodológicamente.

2) Divulgación e implantación
   - Diseminación de las GAC a todas las unidades hospitalarias y Centros de salud donde sea atendida la población diana.
   - Desarrollo de sesiones clínicas para la formación de las enfermeras de Atención Especializada y Atención Primaria

EVALUACIÓN

La evaluación de la GAC se centrará en:

- Envío de las GAC elaboradas a las DRDIC.
- Número de personas incluidas mensualmente en los circuitos establecidos por la GAC.
- Encuesta breve de satisfacción y expectativas de la población diana.

NORMAS DE CALIDAD DE LAS GUÍAS DE ACTUACIÓN COMPARTIDA

Las GAC deberán presentar unos criterios mínimos de calidad metodológica:[5],[6]

1. Cumple con todas las características de la definición aceptada de GAC.
2. Las experiencias de los pacientes/familia y sus expectativas acerca de la atención sanitaria han sido tenidas en cuenta para su desarrollo.
3. Los objetivos describen los beneficios esperados a partir de la guía.
4. Existe una descripción clara de la población diana y de las recomendaciones
5. Las GAC recogen los aspectos más relevantes e instrumentos de valoración para la captación.
6. Los aspectos clínicos y de coordinación abordados por la guía deben estar descritos detalladamente y establecer las medidas e intervenciones recomendadas, para qué grupo de pacientes, en qué situación, quién las realiza, dónde y a través de qué medios.
7. Sigue una secuencia lógica de desarrollo en el tiempo acorde al proceso de asistencia.
8. Establece claramente un procedimiento de actualización.
9. Está previsto de forma explícita algún mecanismo de evaluación de la GAC.
10. Tiene una extensión máxima de 6 hojas
11. Contiene un índice con el número de páginas de cada uno de los apartados
12. No presenta defectos relacionados con la legibilidad y tiene una buena calidad de las copias
13. Contiene una guía rápida que pueda incluirse en una hoja.
14. Incluye bibliografía relacionada con el tema.
15. La guía presenta materiales adicionales (folletos, guías rápidas,…) para su diseminación e implantación.

---

5 Modificado de: Llor B, Saturno PJ, Gascón JJ, Saura J, López MJ, Sánchez M, Blasco JR, García M. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. Enfermería Clínica 2002; 12(1):22-28

6 Modificado de: The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish versión. [Internet]. Disponible en: http://www.agreecollaboration.org (Visitado el 21 de noviembre de 2005)

ANEXO
ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA 2008
GUÍA PARA SU ELABORACIÓN

1. Introducción
2. Marco de funcionamiento y normas que regulan el presente acuerdo.
3. Descripción de la unidad de gestión clínica
3.1. Misión y valores
3.2. Análisis de situación de la unidad
3.3. Relación con otras unidades y servicios
4. Objetivos
4.1. Actividad y rendimiento
4.2. Accesibilidad
4.3. Seguridad del paciente
4.4. Indicadores clínicos y normas de calidad de los procesos asistenciales integrados (PAIs).
4.5. Orientación al ciudadano y medida de la satisfacción
4.6. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos
4.7. Continuidad asistencial
4.8. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos.
4.9. Gestión económica
4.10. Dimensión de libre configuración
5. Evaluación
5.1. Metodología

Anexos

Anexo 1: Atención a pacientes y familiares en la UGC
Anexo 2: Categorías profesionales de las UGCs
Anexo 3: Metodología de consenso de áreas de mejora de ugcs para definición de indicadores
Anexo 4: Seguridad del paciente.
Anexo 5: Estructura del presupuesto operativo y seguimiento de las UGCs
Anexo 6: Evaluación
Anexo 7: Tabla resumen de objetivos vinculados a incentivos

1. Introducción.

Objetivo y funciones de esta GUÍA

Esta GUIA sobre elaboración del ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA , pretende ser una ayuda para que cada equipo clínico que quiera constituirse en UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC), sintetice el abordaje metodológico de las áreas de mejora que considere prioritarias. En ella se establecen las bases para realizar un detallado análisis de situación de la unidad candidata y definir los objetivos a alcanzar, en relación con las áreas de mejora seleccionadas, así como los métodos para evaluar y monitorizar los resultados obtenidos.

Para elaborar el documento específico de Acuerdo de Gestión clínica para una unidad, debe utilizarse el ***formulario, que en formato word, acompaña a esta GUíA***. En él se recogerá el nombre de la UGC y las firmas del responsable del centro y del responsable de la UGC, así como el desarrollo del resto de los apartados (misión, visión, valores, objetivos seleccionados, método de evaluación, personas que componen la UGC...

- Los equipos que soliciten constituirse en UGC por primera vez, o soliciten renovación por un nuevo periodo cuatrienal, tienen que presentar el "formulario" completo en formato papel y electrónico, el cual deben cumplimentar siguiendo las directrices de esta **"Guía para la elaboración del acuerdo de gestión clínica de atención hospitalaria 2008".**
- Las UGCs ya autorizadas sólo tienen que renovar sus objetivos anuales para cada dimensión, mecanizando los cambios del periodo 2008 en la misma aplicación en la que se mecaniza el CRP, y que se adaptará a las peculiaridades del acuerdo de gestión clínica.

La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud

Trabajar en Gestión Clínica implica coordinar y motivar personas (profesionales sanitarios) para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas (Vicente Ortún). La Gestión Clínica supone por ello un proceso de rediseño continuo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

Para la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) la Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como la evaluación y monitorización continua de los resultados en salud. Destacan en gestión clínica herramientas como: las guías de práctica clínica, las trayectorias clínicas, la metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, el análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, los métodos de consenso y el desarrollo del liderazgo clínico.

Tanto la Gestión Clínica como los Procesos Asistenciales Integrados desarrollados en el marco del Plan de Calidad de la Consejería de Salud trascienden los conceptos de coordinación interniveles, e intentan potenciar la "continuidad asistencial" y la mejora continua de la calidad, para orientar el Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia la excelencia. Las dos herramientas se encuentran ahora, tras el camino recorrido, en un momento de madurez y de revisión constructiva que permite su expansión y desarrollo.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa donde un equipo de profesionales de diferentes disciplinas y categorías profesionales desarrolla la Gestión

Clínica como método de trabajo. El Acuerdo de Gestión Clínica es el instrumento que formaliza el compromiso entre estos profesionales y la Dirección del centro.

2. Marco de funcionamiento y normas que regulan el presente acuerdo.

Cada UGC estará liderada por **un/a solo/a "Director/a**" que deberá tener dedicación exclusiva en el SSPA.

El Director de la Unidad propondrá a la Dirección del Hospital/AGS, los objetivos que la Unidad considera deben incluirse en el Acuerdo de Gestión. La Dirección del centro podrá modificar estos objetivos y actividades atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria.

El Acuerdo de Gestión Clínica tiene una vigencia de 4 años y supone la autorización de la UGC durante ese tiempo. No obstante, es necesario fijar objetivos o estándares anuales que permitan monitorizar el funcionamiento de la UGC y establecer la percepción de incentivos de los profesionales adscritos a la misma. Por tanto, en el acuerdo se harán explícitos los objetivos a alcanzar durante el primer año de vigencia de la UGC y –siempre que sea posible- se estimarán tendencias a medio y largo plazo para ese mismo indicador. Los incentivos se vincularán a su cumplimiento en la anualidad prevista.

Todas las UGC deberán cumplimentar y negociar el presente documento con la Dirección Gerencia del Hospital / Área de Gestión Sanitaria (AGS), haciendo uso de su nivel de autonomía y responsabilidad en la organización y reflejar los compromisos en forma de indicadores medibles y objetivables.

El acuerdo completo, con todos sus apartados (descripción de la unidad, objetivos, evaluación…) se enviará (en formato papel y formato electrónico) a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS). **El plazo para 2008 finalizará el 28 de febrero.**

La DGAS revisará cada año los acuerdos de todos los hospitales para garantizar el equilibrio adecuado entre las necesidades y características locales y el alineamiento con la estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por otro lado analizará y asesorará el establecimiento de objetivos e indicadores para asegurar la comparabilidad y coordinar un proceso de mejora continua en el seguimiento y evaluación de los resultados tanto clínicos como de gestión. Uno de las funciones principales será la de facilitar la difusión de los mejores acuerdos e iniciativas, actuando como nodo de conexión de la red de Unidades de Gestión Clínica.

El apartado de objetivos de los Acuerdos, deberán reflejarse en el registro corporativo diseñado para tal efecto, tal y como se establece en las instrucciones de la Dirección Gerencia del SAS:

"INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2215/07, DE 20 DE AGOSTO DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS SOBRE COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD, FACTOR VARIABLE, AL RENDIMIENTO PROFESIONAL POR CONSECUCIÓN DE RESULTADOS, MODIFICADAS POR LA RESOLUCIÓN 2514/07 DE 14 DE DICIEMBRE"

El Director del Hospital / AGS y el Director de la Unidad se comprometen a disponer y facilitar la información necesaria para la evaluación y seguimiento de todos los aspectos incluidos en el presente Acuerdo, con el objetivo de asegurar la transparencia.

En relación con los componentes de la UGC es importante señalar que existe la posibilidad de recurrir a participaciones a tiempo parcial, **aunque lo deseable es la pertenencia a tiempo total a una sola unidad**. Estas participaciones parciales deben ser justificadas adecuadamente en el acuerdo de gestión y deberán ser autorizadas por la dirección del centro. Lógicamente, el total de dedicaciones parciales no podrá ser superior al 100% y, por tanto, si un profesional pertenece a tiempo total a una UGC no podrá participar como miembro de otra. Por otro lado, la enfermera de enlace Hospitalaria participará como máximo en un 20%, no pudiendo pertenecer a más de 3 UGC. Por último, debe tenerse en cuenta que los profesionales con contratos eventuales de duración inferior a 4 meses, los médicos con nombramiento exclusivo para atención continuada, el Personal residente (MIR, FIR, EIR, PIR, etc.) y el personal becario no

podrá recibir incentivos económicos por UGC, como ya ocurre con la percepción del complemento de rendimiento profesional.

La participación como miembros de las UGC de determinados cargos intermedios, como pueden ser los jefes de bloque será posible si su implicación con las mismas está íntimamente relacionada con la actividad asistencial y la práctica clínica.

La unidad deberá comunicar en el formato establecido al respecto los profesionales que participaran en la UGC. Donde debe quedar claro el número y nombre de los profesionales, así como, las características de los contratos de las personas que se proponen como componentes de la UGC. Para facilitar la reunión de estos datos, adjuntamos una tabla modelo (en papel y electrónico). Una vez que esta posibilidad esté disponible en un sistema de registro corporativo (GERONTE o similar), el hospital reflejará en dicho registro la estructura y composición de cada una de sus UGCs.

Condiciones Básicas necesarias de la Dirección del Hospital / AGS para que existan UGC

La Dirección Gerencia del Hospital/ AGS debe asegurar que se dispone de una serie de condiciones para desarrollar el modelo de UGC. Estas condiciones básicas son:

- Disponer de sistemas de información con capacidad para garantizar la validez de los datos que configuran la evaluación y seguimiento del presente Acuerdo.

- Posibilitar la explotación de todos los sistemas de información, actuales y futuros, que sean necesarios para monitorizar el funcionamiento de las UGC. (CMBD-A, INIHOS, SICPRO, COAN-HYD, INFHOS, Diraya, AGD, etc.) y suministrar dicha información a la unidad periódicamente.

- Tener capacidad para dar de alta a la UGC, como centro de responsabilidad en el sistema de contabilidad analítica (COAN-HYD).

- Tener capacidad para descentralizar en las UGC, los gastos de Capítulo. I, II y IV.

- Aportar la información relacionada con la gestión económica de la UGC con periodicidad mensual.

Principios Básicos de una UGC

Las UGC se constituirán a propuesta del equipo directivo del centro, atendiendo a su planificación estratégica y en un marco de compromiso e implicación de los profesionales de las futuras unidades. Deben integrar Áreas de conocimiento y estar formadas por equipos multiprofesionales.

1. La atención de los pacientes y familiares debe regirse por los derechos y deberes de los usuarios (Anexo 1) recogidos en las diferentes normativas vigentes.

2. La Unidad debe disponer de un procedimiento para asegurar que cada uno de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o pruebas diagnósticas, ha recibido la información necesaria previa a la toma de decisión y firma del Consentimiento Informado escrito.

3. Las actividades investigadoras, si las hubiere, de la UGC deben regirse por los principios éticos (Declaración de Helsinki) y contar con la aprobación del “Comité de Ética e Investigación del Centro Sanitario”.

4. El trabajo de las UGC debe organizarse siguiendo procedimientos de protocolización para abordar la actividad asistencial más frecuente.

5. La UGC debe garantizar la utilización adecuada y necesaria de los sistemas de información disponibles y / o facilitar la información clínica necesaria para posibilitar su monitorización y evaluación.

6. La Unidad debe utilizar criterios claros y explícitos para justificar la necesidad de incorporar aquella tecnología que mejore su actividad.

7. La UGC debe asegurarse de que los integrantes de la misma conocen y han participado en los objetivos recogidos en el presente acuerdo. Para cada ejercicio anual debe realizarse, al menos, una reunión en la que se presenten los objetivos a los que se compromete la UGC. **De esta reunión se levantará acta como prueba de conformidad y conocimiento de tales compromisos**.

Competencias del Director o Directora de la Unidad.

- Dirigir y organizar la Unidad, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.

- Negociar con la Dirección Gerencia del Hospital/AGS el acuerdo de gestión clínica.

- Establecer, de acuerdo con la Dirección del Hospital /AGS los horarios, los turnos y la distribución de funciones de la Unidad que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos.

- Evaluar el desempeño de todos los componentes de la UGC de acuerdo a unos criterios que habrán de ser explícitos y estar consensuados con los miembros de la Unidad al inicio del ejercicio.

- Proponer a la Dirección del Hospital/ AGS la contratación de bienes y servicios para la Unidad, participando en la elaboración de los informes técnicos correspondientes. Estas propuestas se realizarán de acuerdo a la normativa de aplicación vigente y a la disponibilidad presupuestaria.

- Proponer a la dirección del centro colaboraciones especiales con los servicios de Atención Primaria con el objeto de mejorar y agilizar las derivaciones a consultas y la petición de pruebas complementarias, para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica, a través de la Dirección del Hospital/ AGS.

3. Descripción de la Unidad de Gestión Clínica

Este apartado debe servir para identificar y priorizar las “Áreas de mejora” de cada unidad y fijar a continuación (apartado 4 del modelo) los objetivos y planes de acción específicos que se estimen más convenientes.

Por tanto **la unidad <u>debe</u>** describir la misión y valores (¿Qué somos?) y el análisis de la situación (¿Qué hacemos?), además de identificar los profesionales con los que debe llegar a acuerdos para el logro de los objetivos (¿Con quién lo hacemos?).

3.1. Misión y valores

La **misión** es la definición de la finalidad o razón de ser de cada unidad. No se trata de describir la cartera de servicios, actividades o función, sino el propósito que justifica la creación o continuidad de una Unidad de Gestión Clínica.

Una Unidad de Gestión Clínica debe prestar la mejor atención posible a los problemas de salud de los pacientes que atiende. Para ello, su práctica asistencial estará basada en el mejor conocimiento científico disponible y tendrá en cuenta la eficiencia en la utilización de los recursos, así como las expectativas del ciudadano acerca de la accesibilidad a los servicios sanitarios, la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Por tanto, en la descripción de la misión que realice cada unidad deben quedar claros los principales problemas de salud que atiende, destacándolos en base a su relevancia o prevalencia. Además, es conveniente que se defina **el tipo de pacientes** (edad, género, pluripatología, etc.) **y familiares** a los que se presta servicios.

Los **valores** son aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas que forman parte de la unidad y lo que se espera de ellas. Por tanto deben basarse en principios como:

- El respeto a las creencias y decisiones de la persona enferma y sus allegados.
- La confidencialidad e intimidad del paciente necesarias para preservar la dignidad de las personas.
- La búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad asistencial.
- La continuidad asistencial.
- El trabajo en equipo.
- El compromiso con el Sistema Sanitario Publico.
- La información y la transparencia.
- El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- El liderazgo clínico responsable, etc.

3.2. Análisis de situación de la unidad

Cada Unidad realiza una descripción de su situación actual. Deberá contener:

- Sus funciones principales, definidas por cartera de servicios y el catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias.
- Su principal actividad, reflejando su casuística más frecuente tanto en las Áreas de consultas como Hospitalización.
- Los recursos principales con los que cuenta (describiendo brevemente estructuras y espacios en las diferentes Áreas) y el personal que la integra (en Anexo 2 se recogen las categorías que pueden componer la UGC).

3.3. Relación con otras unidades y servicios

La Unidad identificará el grupo o grupos de profesionales de otras unidades o servicios con los que hay que llegar a acuerdos para la correcta realización de las actuaciones que se estimen relevantes y/o prioritarias para la unidad y lograr el cumplimiento de los objetivos marcados.

4. Objetivos

Una vez descrita en el apartado anterior la su razón de ser de la UGC (qué es) y cuáles son los problemas de salud que trata, el perfil de sus pacientes, sus recursos, su casuística, y todos aquellos datos que ayudan a describirla (qué hace). Deben identificarse los objetivos que se pactarán con la Dirección del Hospital/Área de Gestión Sanitaria. Cada año deberán priorizarse aquellas Áreas que la unidad y la Dirección de su centro consideren oportunas.

El principal requisito es que estos objetivos **sean realistas, ambiciosos pero alcanzables, medibles, que mejoren la prestación de servicios de la Unidad y que reflejen fielmente su práctica habitual.**

Es altamente recomendable que se realice una estimación de los objetivos para años sucesivos, sin que esto implique un compromiso explícito, sólo a efectos de su utilidad para inferir las metas de la Unidad y su proyección a medio-largo plazo.

La fijación de objetivos o estándares y su posterior comparación con el resultado obtenido (evaluación) es esencial en el modelo de mejora continua de la calidad y por tanto para la Gestión Clínica. Por esto, la determinación de objetivos constituye el núcleo del presente acuerdo.

Las dimensiones que contempla el Modelo de Acuerdo de UGC en Atención Hospitalaria **en el año 2008** son las siguientes:

1. Actividad y rendimiento.
2. Accesibilidad.
3. Seguridad del paciente
4. Indicadores clínicos y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs):

    a) Indicadores clínicos
    b) Indicadores de diagnósticos enfermeros
    c) Normas de calidad de los PAIs
    d) Normas de calidad de procedimientos diagnósticos

5. Orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción.
6. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos.
7. Continuidad asistencial.
8. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos.
9. Gestión económica.
10. Libre configuración:

    a) Investigación
    b) Gestión de los profesionales
    c) Documentación clínica

Las dimensiones obligadas en función del tipo de unidad y su peso correspondiente se representan en la tabla 1 del apartado Evaluación.

En una dimensión podrán vincularse a incentivos un **mínimo de 2 y un máximo de 6 objetivos. Se recomienda no establecer más de 3 objetivos.**

Para facilitar la formulación y descripción de los objetivos vinculados a incentivos anuales, se utilizará el Anexo 7 (anterior anexo 9 en 2007) donde se detallarán cada uno de ellos en su dimensión correspondiente. En este anexo deberá especificarse el valor óptimo a alcanzar en el año (denominado límite superior) así como su límite inferior, que es el valor umbral por debajo del cual (o por encima si el objetivo tiene sentido inverso) no se considera cumplido el objetivo y por tanto no se obtiene ningún incentivo vinculado al mismo (ver detalles en el apartado de Evaluación). Es necesario reflejar también cuáles son los datos de partida de cada uno de los indicadores seleccionados.

Con objeto de homogeneizar cada vez más los objetivos de unidades con las mismas áreas de conocimiento y que desarrollan una actividad comparable, se ha realizado el consenso de áreas de mejora y definición de indicadores de cinco tipos de UGCs: Oncología, Urología, Neonatología, Farmacia y Endocrinología y Nutrición. Este tipo de unidades deben, en la medida de lo posible, seleccionar los objetivos que vincularán a incentivos de aquellos propuestos por el grupo de profesionales que ha participado en el consenso. Estos grupos han sido formados por representantes de los equipos directivos, directores de UGCs, personal de enfermería, directores de planes integrales, representantes de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. En el Anexo 3, se describe brevemente la metodología de consenso para cada tipo de unidad.

4.1. Actividad y Rendimiento

Cada Unidad decidirá junto a la Dirección Gerencia de su Hospital/AGS cuáles serán los objetivos prioritarios de actividad y rendimiento. Estos objetivos deberán estar en consonancia con los recogidos en el Contrato-Programa del Hospital/AGS y con las líneas estratégicas marcadas por la Dirección Gerencia del SAS. Podrán enunciarse las previsiones para el periodo cuatrienal pero habrán de hacerse explícitos los objetivos específicos para el año en curso y también los **datos actuales de partida**.

Las unidades quirúrgicas establecerán objetivos de **tasas de indicación quirúrgica** para todos aquellos procedimientos en que se estime oportuno, tomando como referencia las tasas ajustadas de indicaciones por Área Hospitalaria y grupos de procesos que proporciona AGD (Aplicación de Gestión de la Demanda).

Los indicadores obtenidos directamente de los sistemas de información de actividad asistencial disponibles (INIHOS, SICPRO, INFHOS, CMBD...), o de la Aplicación para la Gestión de la Demanda (AGD) no necesitarán acompañarse de definición. Sin embargo, aquellos indicadores que se utilicen para monitorizar actividades específicas de la Unidad, no recogidas en los sistemas de información, deberán ser correctamente definidos (nombre, fórmula del indicador y sistema de registro).

Un objetivo de aumento o disminución neta de actividad no aporta valor ni Área de mejora si no tiene una justificación asistencial (estancias evitables, adecuación de ingresos y derivaciones, control de la demanda, aumento de oferta, resultados en la aplicación de un protocolo, etc.). **Por tanto, la unidad deberá evitar fijar objetivos en término de números absolutos**. Además, los objetivos de actividad formulados de este modo no permiten apreciar claramente su idoneidad, sería más interesante hacerlo en términos relativos (%). Como se viene insistiendo, la UGC deberá fijar el objetivo de acuerdo a los resultados obtenidos en ejercicios anteriores.

Un objetivo importante para incluir en esta dimensión tanto en UGCs quirúrgicas como médicas, es el número de facultativos de la UGC que participan en los equipos de expertos de su especialidad definidos en la orden decreto 127/2003 de 13 de mayo, donde se desarrolla la Segunda Opinión Médica.

Algunos ejemplos de objetivos para esta dimensión pueden ser:

- Disminución o mantenimientos de la Estancia Media (EM) para un GRD específico. FUENTE: CMBD.
- Aumento del porcentaje de resolución quirúrgica mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA). FUENTE: SICPRO e INIHOS.
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas. FUENTE: SICPRO e INIHOS.
- Porcentaje de adecuación a las tasas de indicación quirúrgica para un procedimiento.

4.2. Accesibilidad

Deben establecerse con carácter obligatorio los objetivos relacionados con el cumplimento de los plazos de garantía de tiempo de espera (quirúrgica, consultas externas, pruebas diagnósticas y PAIs).

Las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias incluirán en esta dimensión, indicadores orientados a mejorar, en su ámbito:

- la facilidad con que el ciudadano accede a la atención urgente.
- los tiempos de espera y la calidad del triage en base a las prioridades establecidas por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).
- tiempos de demora para la atención o estancia en las diferentes Áreas físicas de su competencia.

Pueden incluirse en este apartado otros objetivos relacionados con: consulta de acto único, mejora en los tiempos de espera de los decretos que reduzcan los establecidos en estos, técnicas de gestión de la demanda, etc.

4.3. Seguridad del paciente

Esta dimensión intenta englobar las últimas iniciativas nacionales e internacionales destinadas a prevenir, analizar y disminuir los efectos adversos derivados u ocurridos durante la atención sanitaria. Además, teniendo en cuenta la publicación reciente de “Estrategia para la seguridad del paciente” enmarcada en el II Plan de calidad de la Consejería de Salud, en el modelo de

acuerdo para UGC 2008 esta dimensión debe ganar cada vez más relevancia y rigor en la metodología.

La seguridad de los pacientes se trabaja desde hace tiempo en el SSPA tanto a nivel de la práctica clínica diaria como a través de programas horizontales: Programa de Uso Racional del Medicamento, Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Sistemas de Hemovigilancia y Farmacovigilancia, o la Red de Alerta de Salud Pública. No obstante, es necesario garantizar un enfoque más preciso y directo en las organizaciones sanitarias sobre los aspectos relacionados con los eventos adversos (EA), su prevención y los sistemas de información.

El SAS apuesta por una gestión de riesgos descentralizada, horizontal y flexible, en la que las responsabilidades sean compartidas por gestores y clínicos. Por tanto, cada UGC deberá proponer objetivos dirigidos a la prevención, análisis, y abordaje de la seguridad clínica de los pacientes atendidos en su unidad.

Para decidir qué **tipo de objetivos** proponer a la dirección del centro para vincular a incentivos en esta dimensión hay que tener presente los siguientes criterios:

Primero: Objetivos coherentes con los riesgos de la actividad asistencial que se desarrolla en la unidad.

Es conveniente tener presente los principales resultados del estudio andaluz sobre eventos adversos ligados a la Hospitalización (consultar la Estrategia Para La Seguridad Del Paciente, disponible en la página web del SAS)

Segundo: Elegir las intervenciones que hayan demostrado ser más efectivas.

Revisión sistemática de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) http://healthit.ahrq.gov/search/ahrqsearch.jsp

Tercero: Priorizar objetivos coherentes con las iniciativas y líneas de acción que se definen en la estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería, el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad 2006 y resto de recomendaciones de entidades internacionales (OMS, Comité Europeo de la Sanidad y AHRQ).

Cuarto: Proponer objetivos que puedan medirse con indicadores correctamente construidos y obtenidos preferiblemente de fuentes de datos consolidadas evitando así, siempre que sea factible, los registros propios y la realización de auditorías.
Para ello se recomienda consultar:

- "Estrategia para la Seguridad del Paciente" de la Consejería de Salud.
- Estudio Nacional de Efectos Adversos (Estudio ENEAS).
- Los indicadores propuestos por AHRQ como medida consensuada y fiable de los sucesos adversos en los sistemas sanitarios. Pueden obtenerse de la fuente de datos **"Conjunto mínimo básico de datos en Andalucía" (CMBDA).** Al final del Anexo 4, se definen estos indicadores, así como su propósito y su formulación (Documentación aportada por el Servicio de Producto Sanitario de Servicios Centrales del SAS).
- El **Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales.**
- Programa de uso racional del medicamento para potenciar el **uso seguro de la medicación** y prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos. En las UGC se deben consolidar la notificación y la medida de efectos adversos, interacciones y alertas farmacéuticas de los fármacos.

Por ultimo, como en el resto de las dimensiones, es importante tener en cuenta el punto de partida de cada unidad. Si previamente no se ha planteado el trabajo por objetivos de este aspecto conviene empezar poco a poco. Puede comenzarse por valorar los riesgos, formación del personal, analizar barreras y facilitadores, etc. Mejorar el registro de los sucesos adversos en los informes de alta es también un aspecto clave.

En el Anexo 4 se presentan también algunos *ejemplos* de objetivos propuestos en la dimensión "Seguridad del Paciente" y, como ya hemos dicho, los indicadores propuestos por AHRQ tal y como se pueden obtener del CMBDA.

4.4. Indicadores clínicos y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).

Esta dimensión agrupa distintos tipos de indicadores de calidad: indicadores clínicos, indicadores de los diagnósticos enfermeros, normas de calidad de los Procesos y estándares de calidad (en UGC diagnósticas).

Los servicios sanitarios deben orientar su actividad en función de los resultados de salud finales (supervivencia y calidad de vida de los pacientes) más que en los resultados intermedios. No obstante, en la monitorización y evaluación de una UGC es prioritaria la medición de indicadores de resultado intermedios como reflejo del desempeño de una práctica clínica correcta.

En esta dimensión se incluirán los indicadores clínicos (intermedios o finales) de los problemas de salud más relevantes y/o prevalentes de la unidad, seleccionados por la validez e importancia que proporciona el mejor conocimiento científico disponible, su fiabilidad y la posibilidad de ser medidos de manera coherente.

Aquellas Unidades cuya actividad incluya la colaboración en Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) de los Mapas de procesos vigentes, priorizarán en esta dimensión los indicadores referentes a "las normas de calidad" de los PAIs que le competan.

Para el año 2008 se ha priorizado en Contrato Programa la implantación y el desarrollo de los PAIS relacionados con: diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y salud mental.

En el caso de las UGC Diagnósticas se incluirán aquí los objetivos relacionados con el cumplimiento de estándares de calidad, igualmente seleccionados por la validez e importancia que proporciona el mejor conocimiento científico disponible, su fiabilidad y la posibilidad de ser medidos de manera coherente.

La puesta en marcha de Diraya deberá posibilitar medir este tipo de resultados, y merece la pena tenerlos presentes en este acuerdo de gestión con el fin de que sean objeto de revisiones en los años sucesivos. La dificultad principal radica en seleccionar qué indicadores, de todos los propuestos en los PAIs y por el conocimiento científico disponible, deberían ser incluidos para la evaluación de las UGC. Deberán seleccionarse en base a criterios de adecuación y por su factibilidad de obtención.

Algunos ejemplos de objetivos para esta dimensión pueden ser:

- "La unidad comprobará que el 100% de las mujeres embarazadas entre la 35 y 38 semana cuentan con el cribado para el estreptococo del grupo B."
- " El ….% de flujometrías se realizarán en primera consulta"

Indicadores clínicos de los diagnósticos enfermeros

Se orientará la medición de resultados en los diagnósticos enfermeros que con mayor frecuencia son atendidos en la unidad.

Las UGC deberán trabajar con planes de cuidados estandarizados que nos permitan medir y evaluar los resultados obtenidos relacionados con el diagnóstico enfermero y las repercusiones de los cuidados en los resultados de salud intermedios y finales (CVRS) de los pacientes.

Estos planes de cuidados estandarizados estarán centrados en los diferentes grupos de pacientes que se atienden en la Unidad y su fin es la aplicación individual según las necesidades de cada paciente.

El plan de cuidados estandarizados debe incluir:

- Identificación de los principales problemas - diagnósticos enfermeros relacionados con los diferentes grupos de pacientes atendidos en la unidad (procesos). Numeraciones y Etiquetas diagnósticas.
- Criterios de resultados: Objetivos a alcanzar para la mejora de esos problemas.
- Intervenciones que se ponen en marcha para lograr los objetivos.

Para los criterios de resultados la Nursing Outcomes Clasification (NOC) establece una serie de indicadores para la monitorización. La selección de indicadores y la acotación temporal para su medición forma parte del plan de cuidados individual.

Diraya deberá posibilitar medir este tipo de resultados para que puedan ser objeto de revisiones en años sucesivos.

En los PAIs se han incluido planes de cuidados estandarizados en los que se recogen los criterios de resultados de mayor relevancia en relación a los diagnósticos enfermeros definidos en el plan. Hasta el desarrollo del módulo de cuidados de Diraya, estos planes de cuidados pueden ser referentes para la selección de los criterios de resultados, acotando así el grupo de pacientes según PAIs.

4.5. Orientación al ciudadano y medida de la satisfacción

Para fijar Áreas de mejora en esta dimensión debe seguirse la estrategia recogida en el Plan de Atención al Ciudadano del Servicio Andaluz de Salud (Anualidad 2008 de Contrato Programa SAS-Hospitales). Por ello, durante el ejercicio 2008 los objetivos a incluir serán:

- De carácter obligatorio:

  a. **Aumento en el porcentaje de obtención de la Encuesta autocumplimentada de Hospitalización** (recogida en el apartado correspondiente del contrato programa 2005-2008, anualidad 2008). Esta encuesta es suministrada y analizada por el SAS. Aunque la tasa de respuesta no debe ser menor al 25%. Cada UGC fijará este objetivo según su situación previa. **En el caso de las UGC de Farmacia, Diagnóstico por la Imagen y Laboratorio** es necesario medir la **satisfacción de los profesionales de las Áreas médicas y quirúrgicas a los cuales se presta servicio.**

  b. **Recogida del 100% de la firma del consentimiento informado** cuando los pacientes vayan a ser sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. Este objetivo cualitativo debe ligarse a incentivos en todas las unidades que proceda.

  c. **Tasa de reclamaciones.** La UGC debe hacer una descripción y un análisis de las reclamaciones recibidas y marcarse objetivos respecto a:

     - La frecuencia de las mismas
     - Los plazos de respuesta.
     - El conocimiento y análisis por parte de todos los integrantes de la UGC aprovechando reuniones y sesiones clínicas

     Se debe hacer especial énfasis en el análisis de **las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad**.

     A continuación se definen algunos indicadores que se pueden elegir:

     1. Nº de reclamaciones / ingresos.

2. Nº de reclamaciones / pacientes atendidos.
3. % de reclamaciones contestadas.
4. % de reclamaciones contestadas en 15 días o menos(Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS).
5. % de reclamaciones contestadas entre 16 y 30 días(Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS).
6. % de reclamaciones contestadas en más de 30 días (Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS).
7. % de reclamaciones que han dado lugar a acciones de mejora. (Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS).
8. Clasificación por motivos: Hostelería, Falta de información, trato de los profesionales, Defectos en la identificación de los profesionales, demoras.

– De carácter voluntario (se recomienda seleccionar 2 como máximo):

d. Análisis de las propuestas recogidas con la encuesta autocumplimentada de Hospitalización y elaboración con ellas de acciones encaminadas a mejorar la orientación al ciudadano. Para ello, es aconsejable utilizar el documento B del Contrato Programa 2008.- Tablas II y III para establecer los planes de mejora en función de los resultados del índice sintético de satisfacción y de la encuesta autocumplimentada.

e. Plan de acogida de los pacientes: elaboración del mismo si no se dispone de él, evaluación si se realizó en ejercicios anteriores. Debe incluir un protocolo explícito de atención /información a pacientes y familiares (horarios, tipo de personal, etc.).

f. Personalización de la atención: Identificación de la enfermera de referencia y el médico de referencia: establecer mecanismo de asignación y estándares de consecución de este objetivo.

g. Plan de atención a cuidadoras, cuidadores y familiares.

h. Diseño, elaboración e implementación del Sistema de Información personalizada de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos ante la firma del consentimiento informado.

i. Se recomienda la utilización de herramientas de toma de decisiones compartidas en unidades que atiendan a pacientes oncológicos. Están disponibles en: http://www.csalud.junta-andaluacia.es/orgdep/AETSA.

j. Participación de los pacientes (o familiares) en determinadas decisiones en la gestión de los problemas de salud más relevantes de la unidad. Esto adquiere mayor relevancia en unidades que atienden problemas de salud crónicos importantes, como es el caso por ejemplo de unidades oncológicas, de endocrino, Medicina Interna, etc.

4.6. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos

El uso racional del medicamento constituye un objetivo prioritario de nuestra organización sanitaria. Por ello, la Unidad deberá poner especial énfasis en tomar las medidas necesarias tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos de la forma más eficiente.

Objetivos Comunes para todas las UGC prescriptoras de recetas.

- **% de desviación sobre el consumo interno de medicamentos.**

Indicador	Óptimo (límite superior)	Máximo (límite inferior) (1)
% de desviación consumo interno	-1	3

- **Prescripción por "principio activo"**

Indicador	Óptimo(límite superior)	Mínimo (límite inferior) (2)
% de recetas prescritas por "principio activo"	65	45

Objetivo común para las UGC no prescriptoras de recetas:

- **% de desviación sobre el consumo interno de medicamentos.**

Indicador	Óptimo(límite superior)	Máximo(límite inferior) (1)
% de desviación consumo interno	-1	3

Objetivos específicos

Los facultativos de la Unidad se adecuarán a los principios de Uso Racional del Medicamento prescribiendo aquellos medicamentos más eficientes en las patologías tratadas por su Unidad.

De entre los señalados a continuación **sólo** se introducirán como objetivos **tres** indicadores de prescripción de los grupos terapéuticos relacionados específicamente con la actividad asistencial que sea competencia de la Unidad.

Indicador	Óptimo(límite superior)	Máximo(límite inferior) (1)
% de desviación sobre el objetivo consumo externo fijado por el hospital (Para UGC con prescripción a pacientes externos de medicamentos que se dispensan desde el hospital, según la Resolución 129/03 del SAS)	-1	2
% de envases prescritos de NTNR respecto al total de envases de especialidades prescritos.	2,5	4
% de envases prescritos de nuevas asociaciones de medicamentos de reciente comercialización que no aportan ventajas relevantes desde el punto de vista farmacoterapéutico (NANR), respecto al total de envases de especialidades prescritos.	0,7	1,75
% de incremento en el indicador de prestación ortoprotésica del año 2008 respecto al indicador del año 2007. (1) (Indicador = PVP prestación ortoprotésica/ Nº de consultas) (UGC que realicen prescripción ortoprotésica).	-1	0

Indicador	Óptimo (límite superior)	Mínimo (límite inferior) (2)
% de prescripción, en DDDs, de omeprazol respecto al total de inhibidores de la bomba de protones	83	75
% prescripición, en DDDs, de ibuprofeno + diclofenaco+naproxeno, respecto al total de antiinflamatorios no esteroideos solos (M01A1)	72	52
% de prescripción, en DDDs, de simvastatina y atorvastatina 80 mg respecto al total de estatinas	50	30
% prescripición, en DDDs, de ácido acetilsalicílico y clopidogrel respecto al total de antiagregantes plaquetarios	98	94
% de prescripición, en DDDs, de metformina, glibenclamida, glipizida y gliclazida respecto al total de antidiabéticos orales	69	53
% de prescipción, en DDDs, de insulina NPH sola o en mezclas respecto al total de insulinas de larga duración	30	14
% de prescipción, en DDDs, de IECAs (solos o asociados a tiazidas) respecto al total de IECAs+ARAII (solos o asociados a tiazidas)	50	40
% de prescipción, en DDDs, de antidepresivos de segunda generación de elección (fluoxetina + paroxetina + citalopram + sertralina), frente al total de antidepresivos de segunda generación (los cuatro anteriores, más fluvoxamina, escitalopram, venlafaxina, reboxetina, duloxetina y mirtazapina).	60	52
% de prescipción, en DDDs, de medicamentos que modifican el metabolismo óseo de elección (alendronato + vitamina D + calcio) frente al total de medicamentos que modifican el metabolismo óseo (bifosfonatos + vitamina D + calcio + estroncio + raloxifeno + calcitonina + teriparatida + hormona paratiroidea recombinante)	25	14
% de cumplimentación en el sistema de información (vía web) de los datos relativos a los protocolos de tratamiento con fármacos anti TNF en artritis reumatoidea, establecidos por la Comisión Asesora Central (UGC de Reumatología).	100	75
% de prescripciones de quimioterápicos con la información mínima (establecida por consenso con el Plan Integral de Oncología), sobre el total de prescripciones de quimioterápicos. (UGC de Oncología)	100	75

(1) Se asignará la puntuación del siguiente modo:
- % ≤ óptimo = Máxima puntuación
- % > máximo = 0 puntos
- % crecimientos comprendidos en este intervalo = Se asignará proporcionalmente el nº de puntos correspondiente a esta función de valor.

(2) Se asignará la puntuación del siguiente modo:
- % ≥ óptimo = Máxima puntuación
- % < mínimo = 0 puntos
- % crecimientos comprendidos en este intervalo = Se asignará proporcionalmente el nº de puntos correspondiente a esta función de valor.

Objetivos para las UGC que realizan prescripción ortoprotésica

Se introducirá este objetivo en todas las Unidades que realicen específicamente prescripción ortoprotésica (Traumatología y Rehabilitación).

Indicador	Objetivo año 2008
% de incremento en el indicador de prestación ortoprotésica del año 2008, respecto al indicador del año 2007. (Indicador = PVP prestación ortoprotésica/ Nº de consultas)	≤0

4.7. Continuidad asistencial

Un elemento de primer orden en el SSPA es la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, incorporando la gestión por procesos, como un elemento facilitador y de acercamiento desde la perspectiva clínica.

Las UGC deben fijarse objetivos específicos para el 2008 siguiendo las indicaciones que aparecen en el "Modelo de acuerdo de gestión entre Distritos y Hospitales/Áreas" y centrándose en los siguientes aspectos:

- **Gestión por procesos asistenciales integrados**
  - Participación activa en grupos de desarrollo e implantación de los procesos en que esté implicada la unidad. Ejemplo de objetivo:"la unidad presentará, al finalizar el año, un documento donde se analiza la situación de los problemas de implantación detectados en el proceso"
  - Cuadro de mandos para monitorizar el cumplimientos de las normas de calidad de los PAIs. Ejemplo de objetivo: "la unidad establecerá un sistema de monitorización y análisis semestral del cumplimiento de las normas de calidad de los PAIs en que está implicada".
- **Compromiso de mejora en la calidad y cantidad de información de los informes de alta.** Ejemplos de objetivos:
  - "La unidad mejorará la calidad de la información de los informes de alta unificados (incluyendo el informe de alta de cuidados)".
  - "el 90% de los pacientes oncológicos atendidos en la unidad contará con informe de continuidad de cuidados al alta correctamente cumplimentado y emitido a AP"
- **Oferta consultorías por especialidad**
  - La Unidad de gestión Clínica tendrá permanentemente operativos los procedimientos que faciliten las funciones de consultoría (presencial, telefónica o telemática) de las ZBS. Debe fijar los días de la semana, horario, tipo de consultoría, teléfono/e-mail. Ejemplo de objetivo: "Los profesionales de la unidad se desplazarán a AP para facilitar las labores de consultoría".
- **Otros.** Ejemplos de objetivos:
  - Compromisos de otros procedimientos de trabajo para asegurar la continuidad asistencial (con AP y /o otros servicios): Protocolos conjuntos de uso racional de pruebas diagnósticas, sesiones clínicas conjuntas, formación, foros de encuentro, etc.
  - La Unidad de Gestión Clínica asegurará la captación de pacientes frágiles para el seguimiento telefónico al alta a través del Plan de Telecontinuidad de Cuidados.

- % de pacientes a los que se planifica la continuidad de cuidados al alta de manera conjunta con Atención Primaria para que debido a la necesidad de adaptación del entorno (familia, domicilio,...) a la nueva situación, la transferencia al domicilio sea lo más adecuada posible.

4.8. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos

La variabilidad de la practica clínica es inherente a la toma de decisiones diagnosticas y terapéuticas que realizan los profesionales frente a los pacientes y no siempre es deseable o posible disminuirla. Sin embargo, en este proceso existe una **variabilidad indeseable y evitable** cuya identificación debe ser el primer paso para fijar objetivos en esta dimensión dado que esta variabilidad inapropiada tiene consecuencias para los pacientes, que pueden recibir una atención subóptima y/o perjudicial.

No obstante hay que tener presente que la ausencia de variabilidad no garantiza que la atención que se presta sea la óptima o adecuada. **La unanimidad clínica no es sinónimo de efectividad clínica**.

Indudablemente muchas intervenciones aportan beneficios a los pacientes, pero esas mismas intervenciones no están exentas de riesgos, inconvenientes y costes (otras intervenciones disponibles aportan beneficios escasos o son inútiles). De aquí la necesidad del uso racional de las mismas (en la literatura suele hablarse de uso *adecuado* o *apropiado –appropriateness* en la literatura anglosajona).

Una intervención clínica es adecuada cuando es la más conveniente en las circunstancias del paciente; es decir, aquella cuyo balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es más favorable.

Una definición más técnica de intervención adecuada es la siguiente: aquella para la que existe un grado razonable de certeza de que su balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es lo suficientemente superior al de la mejor alternativa disponible como para que se juzgue que merece la pena aplicarla (en lugar de ésta última).
La única forma de saber, con un grado razonable de certeza, si el balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes de una intervención es favorable y en qué grado. Si no hay ninguna otra intervención con un balance aún más favorable es necesario recurrir a los resultados de la investigación clínica de calidad (bien diseñada y realizada); es decir, a lo que se ha dado en llamar la *mejor evidencia disponible* (conocimientos sólidamente fundamentados en la investigación científica).

Uno de los aspectos fundamentales que los profesionales de una UGC deben hacer es **identificar las Áreas de inadecuación y variabilidad inapropiada** para decidir en qué aspectos y problemas de salud es más beneficioso el empleo de herramientas que ayudan a la toma de decisiones adecuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Existen diferentes herramientas (no todas sirven para lo mismo) y es importante que se analice el contexto para elegir la herramienta adecuada y utilizarla correctamente. No es obligatorio utilizar todas estas herramientas de disminución de la variabilidad **la unidad decidirá cuales son las que mejor se adaptan a sus necesidades.**

Los objetivos que se planteen en esta dimensión pueden ser cualitativos (adaptación, elaboración de plan de implantación, etc.) o cuantitativos (medición del grado de adhesión a las recomendaciones de estas herramientas).

A continuación se describen brevemente las herramientas más utilizadas en nuestro entorno:

- **Guías de Practica Clínica:** Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada en circunstancias clínicas **específicas**. Son prescriptivas, tienen que tener identificado el grupo

elaborador y sus recomendaciones deben tener una vinculación explicita de las recomendaciones a la evidencia que las sustenta. Reúnen las siguientes características:

- Especificación del problema. Definición de las preguntas.
- Especificación de los resultados de interés y de las opciones disponibles.
- Revisión sistemática de la literatura para establecer la relación entre las opciones y los resultados.
- Clarificación e incorporación de valores para decidir el curso óptimo de acción.
- Consideración de las circunstancias locales y modificación, si se considera necesario, del curso "optimo" de acción.

La unidad debe especificar el número de Guías de Práctica Clínica (GPC) que se compromete a utilizar. Para cada GPC se especificará: nombre de la guía, grupo elaborador, año de publicación y/o revisión, así como si se ha realizado procesos de adaptación.

Si esta UGC decide utilizar una GPC deberá presentar el resultado de la evaluación de la misma mediante el instrumento "Appraisal of Guidelines Research & Evaluation in Europe (AGREE)". El servicio de Gestión Sanitaria hará llegar a cada UGC, la versión en castellano de este instrumento validado en nuestro país. Los resultados de la evaluación de la calidad de la GPC mediante el AGREE, serán adjuntados al presente acuerdo de gestión.

Se valorará la realización de un plan de implantación para cada GPC, así como la selección de uno o más indicadores (recomendación de la GPC) para la posterior **evaluación de la adhesión de los profesionales a esa recomendación**. Sería conveniente que junto a la recomendación seleccionada se especifique su nivel de evidencia científica, clasificada según la North of England Evidence Based Guideline Development PROJECT (1996):

A: Ensayos clínicos controlados, meta-análisis o revisiones sistemáticas, bien diseñados.
B: Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles)
C: Estudios no controlados o consenso.

- **Procesos Asistenciales Integrados** (Arquitectura 4)

La Gestión por procesos es una estrategia que nace del SSPA y tienen los siguientes objetivos:

- Asegurar de forma ágil, rápida y sencilla el abordaje de los problemas de salud
- Reducir tiempos de ejecución de las tareas (reduciendo interfases)
- Facilitar la identificación de la no calidad en las actividades internas
- Fomentar la implicación y compromiso de las personas

Un proceso pretende reordenar los flujos de trabajo para aportar valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales y su enfoque principal es asegurar la continuidad asistencial

- **Vías Clínicas:** son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología /problema de salud.

- Se aplican uniformemente a todos los pacientes atendidos por un diagnóstico y/ o procedimiento determinado, que presentan un curso clínico predecible dentro de un periodo de tiempo predeterminado.

- En una Vía Clínica se definen secuencia, duración y responsabilidad de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales para un diagnóstico o procedimiento particular.

- Debe ser una herramienta consensuada y basada en la mejor evidencia disponible, donde se detallen las actividades día a día, mes a mes, hora a hora...

- Son herramientas locales para poder implantar las recomendaciones de la mejor evidencia disponible (Guías de Practica Clínica, Revisiones Sistemáticas) y aclarar las funciones de cada profesional implicado en la atención de un paciente concreto.

- Es de suma importancia la elección y definición concreta del la población de pacientes, que se va a beneficiar de la implementación de una Vía Clínica.

Esta población será definida por:

- Diagnostico: p. ej. IAM, Fallo renal crónico
- Procedimiento: p. ej. Cirugía, bypass coronario, etc.
- Condición específica del paciente

La unidad debe especificar el número de arquitecturas 4 y trayectorias clínicas/vías clínicas que se compromete a utilizar, señalando el proceso, GRD, o patología para los cuales se ha diseñado. Así mismo, se indicarán los servicios o equipos (si procede) que están implicados.

- **Planes de cuidados Estandarizados**: Nos proporcionan una guía de acción válida y efectiva sobre las intervenciones/actividades que la enfermera debe realizar ante una situación concreta de salud tras la valoración integral y personalizada de los pacientes.

Cada plan de cuidados deberá tener unos criterios mínimos de calidad expuestos en el cuadro siguiente:

Criterios	
1	Presencia de **introducción**
2	Uso de una estructura estándar de **valoración**
3	Uso de la taxonomía **NANDA** para la denominación de los problemas
4	Los diagnósticos siguen el formato **PES** (problema + etiología + signos y síntomas)
5	Uso de la taxonomía **NOC** para medir resultados
6	Uso de la taxonomía **NIC** para denominar las intervenciones

La unidad debe especificar el número de "Planes de cuidados estandarizados" que se compromete a utilizar. Para cada uno de ellos se especificará: nombre del Plan, la guía, grupo elaborador, año de publicación y/o revisión, así como si se han realizado procesos de adaptación.

Se valorará la realización de un plan de implantación para cada "Plan de cuidado estandarizado", así como la selección de uno o más indicadores para la posterior evaluación de la adhesión de los profesionales a esa recomendación del Plan de cuidados.

Se elaborarán planes de cuidados, con adaptación de guías de práctica clínica y protocolos, que incluyan la valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de las respuestas de la persona a los problemas de salud. Se utilizará para su elaboración la terminología NANDA, NIC, NOC, con un fundamento científico. Estos planes se aprobarán por la Comisión de la calidad del Hospital con el conocimiento de la Junta de Enfermería.

- **Protocolos**: Se basan en el **consenso** de un grupo multidisciplinario de profesionales para llegar a acuerdos en temas de conflictos o discrepancias.

- El objetivo fundamental de un protocolo va dirigido a **reducir la variabilidad local.**
- No obstante, los protocolos deben estar basados en el mejor conocimiento disponible. Suelen contener recomendaciones y algoritmos de decisión diagnóstica
- Es fundamental en esta herramienta explicitar claramente que se trata de un protocolo local y aclarar en los temas de conflictos donde se basa la recomendación (Acuerdo, consenso explicito o evidencia científica)

- **Protocolos específicos de pruebas diagnósticas**

Las **UGC Diagnósticas,** en coordinación con los servicios clínicos, promoverán el uso adecuado de los procedimientos diagnósticos y participarán plenamente en el proceso

diagnóstico-terapéutico del paciente. Liderarán también la elaboración de protocolos con árboles de decisión diagnóstica.

Las UGC Diagnósticas evaluarán la actuación de los servicios clínicos en relación con:

- El grado de adecuación de las peticiones a los protocolos en vigor, para lo cual establecerán las medidas oportunas que promuevan la debida cumplimentación de las solicitudes y permitan el análisis de la casuística y de la especialidad sobre la que es necesario actuar para controlar la demanda, implantar protocolos de uso adecuado o guías de práctica clínica.
- La concordancia diagnóstico-clínica de las pruebas más frecuentes.
- El porcentaje de normalidad en los estudios solicitados.

Las pruebas diagnósticas serán evaluadas en base a la sensibilidad, especificidad y valores predictivos obtenidos en la población sobre la que se aplican y en función de los protocolos utilizados en su indicación.

- **Guía Farmacoterapéutica.**

La Unidad deberá conocer y disponer de un ejemplar de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, adaptando su prescripción a lo señalado en ésta. Del mismo modo realizarán también uso de las normas de profilaxis antibióticas establecidas por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (o comisión análoga) del Hospital/Área.

- **GINF (Guía de Incorporación Nuevos Fármacos).**

Se trata de una adaptación de la GANT (Guía para la adquisición de nuevas tecnologías) elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Como instrumento de apoyo a la toma de decisiones, deberá cumplimentarse siempre que se pretenda la inclusión de nuevos fármacos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. El modelo de informe técnico se encuentra disponible en:
http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA.

- **Perfil de prescripción.**

Cada Unidad deberá elaborar su perfil de prescripción, de modo que todos sus integrantes conozcan el número y tipo de medicamentos que marcan las directrices de su actividad prescriptora. Quedará también registrada información referente a:

- Principio activo.
- Novedades terapéuticas.
- VINEs.

Además podrá valorarse la utilización de un cuadro de mandos (trimestral, semestral,...) constituido por un grupo de indicadores seleccionados por la propia Unidad, y con un nivel de desagregación también marcado por los integrantes de la misma, como elemento de feed-back para mejorar la calidad de su actividad prescriptora.

- **GANT (Guía para la adquisición de nuevas tecnologías).**

Constituye una herramienta para la ayuda a la toma de decisiones dirigidas a la introducción ordenada en la práctica clínica de nuevas tecnologías y orientar su uso apropiado cuando se trate de procedimientos o técnicas ya establecidos. La Unidad deberá cumplimentar la solicitud la GANT en cualquiera de los casos anteriores.

4.9. Gestión económica

El presupuesto operativo recoge los objetivos de costes (expresados en euros) a los que se compromete la UGC para realizar unas actividades asistenciales dadas, durante un periodo de un año.

El sistema que aporta el formato solicitado de "presupuesto operativo" es el COAN-HyD, tras la introducción oportuna de los datos de acuerdo con el modelo adjunto (Anexo 5.)
En el presupuesto operativo que proporciona la Dirección del Hospital se incluye:

- **Capitulo I**: las retribuciones y atención continuada de la totalidad del personal del/los Centro/s que conforman la unidad, (hayan firmado o no el Acuerdo de Gestión), ya sean plantilla, eventuales y sustitutos. Las retribuciones de sustitutos/eventuales por actividades de Formación también se incluyen en este epígrafe. Se excluyen costes de cualquier tipo de Productividad y Seguridad Social.

- **Capítulo 2 y 4**: Se incluyen los conceptos siguientes:

  - Fungible, Fármacos, Comunicaciones, Agua., Energía Eléctrica, Otros Consumos, Carburantes, dietas y kilometraje, gases medicinales, arrendamientos, tributos.
  - Cursos de Formación: se incluyen los gastos de cap. 2, ya que las sustituciones del personal corresponden a capítulo 1.
  - Mantenimiento directo y contratas: Limpieza, desratización, seguridad, mantenimiento y reparaciones, lavandería, manutención.
  - Prestaciones: RMN, oxigenoterapia, transporte, ortoprótesis,…

La cumplimentación del anexo que recoge la salida del COAN-HyD para definir el objetivo de coste de la UGC se debe realizar teniendo en cuenta:

1.- Que exista congruencia del incremento máximo planteado respecto del coste del ejercicio anterior y con el incremento máximo autorizado en Contrato Programa del Hospital.

2.- Que el coste medio por profesional de la unidad sea MENOR que el coste máximo por profesional (calculado teniendo en cuenta el coste de los efectivos en el año anterior, los incrementos retributivos, las vacaciones y licencias anuales, y el objetivo de % de I.T. máximo reflejado en los Contratos Programa).

Se deberá justificar el incumplimiento de los apartados 1 y 2.

La supervisión y análisis de congruencia de los objetivos económicos, previamente a la firma del acuerdo, se realizará centralizadamente a través del sistema coan-hyd 2008 remitido por el Hospital a SS.CC en la fecha marcada en C.P.

Una vez validado el presupuesto operativo, éste constituirá el objetivo económico inicial de la UGC, que el Hospital debe proporcionar al director de la Unidad en el formato incluido en el anexo 5.

El Hospital dará a conocer a la unidad el seguimiento de los objetivos económicos de la UGC enviándole su informe coan-hyd con periodicidad mensual. La estructura de dicho informe se incluye en el Anexo 5.

4.10. Dimensión de libre configuración

Tienen cabida otros aspectos a discreción de la propia unidad, pero se incluirán preferentemente objetivos relacionados con:

- **Investigación**

La Unidad deberá tener definidas Áreas de investigación propias, teniendo en cuenta el Plan Marco de Investigación de Andalucía y las necesidades de la población a la que atiende. Los

proyectos de investigación deberán cumplir con los requisitos éticos establecidos (Declaración de Helsinki) y deberá tener el visto bueno de "Comisión de Ética e Investigación" de cada centro sanitario.

Sería conveniente que las unidades de gestión clínica **impulsaran proyectos de investigación que le permitan mejorar la calidad de su atención sanitaria y que aporten conocimiento al SSPA: investigación en servicios sanitarios, evaluación de procedimientos, implantación de guías de práctica clínica, investigación en resultados en salud (calidad de vida, supervivencia), etc.**

Proyecto de Investigación en curso				*Año de finalización*			
Título	Subvención por Agencia Pública (FIS, Consejería. Otras) Importe	Subvención por Industria farmacéutica. Importe	No subvención	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**

Difusión de resultados para año 2007		
	Comunicaciones a Congresos	Publicaciones

Protocolos de Investigación a realizar			
Área temática	Previsto la petición Subvención a Agencia Pública(FIS, Consejería)	Prevista la Subvención por Industria farmacéutica	No prevista la petición de la subvención

- **<u>Gestión de los profesionales</u>**

Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento del Sistema Sanitario. Para asegurar la participación, alentar las iniciativas y, en definitiva, lograr su satisfacción y la mejora final de la calidad de los servicios sanitarios, las Unidades deberán poner énfasis en los siguientes aspectos:

✓ **Formación**

Plan de formación personalizado que contemple las demandas y necesidades de los profesionales, reforzando aquellas competencias que son necesarias para el desarrollo de los procesos de la unidad.

Se potenciarán, además de los temas dirigidos a la mejora del conocimiento y habilidades de la práctica clínica, aquellos relacionados con: "ética asistencial" "información /participación en la toma de decisiones", "personalización y continuidad de los cuidados", "calidad de la documentación clínica", "confidencialidad" y todos aquellos que incluyan los valores en los que se basa el modelo de atención sanitaria del SSPA.

Se fomentará en la Unidad la realización de sesiones de enfermería para la mejora de los cuidados.

✓ **Competencia profesional**

Podrán elaborarse perfiles o mapas de competencias de los profesionales que pertenecen - o sería deseable que pertenecieran- a la Unidad.

✓ **Plan Comunicación**

Todos los miembros deben conocer las "fortalezas" y "debilidades" de su Unidad tanto para hacerse partícipes de los éxitos como para incidir en aquellos aspectos que necesiten ser mejorados. Este plan de comunicación deberá verse compuesto por los elementos que mejor

reflejen la dinámica y "cultura" de la Unidad: sesiones periódicas, paneles de comunicación interna, etc.

✓ **Plan de acogida a nuevos profesiones**

Para facilitar su integración en la "vida diaria" de la Unidad.

- **Documentación clínica**

- La unidad cumplimentará los datos clínicos que se deriven de la asistencia al paciente, en relación con la patología atendida y los procedimientos realizados, según el sistema de codificación vigente. Actualmente la CIE-9-MC

- La unidad colaborará con la organización de los archivos de historias clínicas, siguiendo las instrucciones recogidas en el manual de uso de la HC, en cumplimiento de la Ley orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal.

- La unidad cumplirá los principios recogidos en la Ley 41/ 2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

- La unidad se comprometerá a salvaguardar toda la información recogida de los pacientes y registrada en los sistemas de información, así como el derecho de las personas a mantener en privado determinados elementos de la relación con los profesionales sanitarios.

5. Evaluación

La evaluación es el elemento fundamental de cualquier proceso que pretenda ser mejorado. Si no medimos, si no evaluamos, no podemos conocer el alcance en el cumplimiento de los objetivos fijados ni mejorar la calidad de los servicios prestados.

Las herramientas empleadas en la evaluación deben ser elementos validados, fiables y adaptados a las necesidades de quien los utiliza.

La evaluación debe ser un proceso dinámico, capaz de adaptarse a los cambios que imprima el avance de la gestión clínica como modelo de trabajo. En este sentido, podrán revisarse y modificarse anualmente todos aquellos aspectos que contribuyan a evaluar las unidades de un modo más válido y fiable de acuerdo a su desarrollo (peso de los objetivos, incentivos no económicos, etc.).

Una vez transcurrido el año 2008, y **antes del 31 de marzo del año siguiente (2009)**, se procederá a la evaluación. Esta se realizará de forma descentralizada en cada uno de los centros asistenciales del SAS. La responsabilidad de la evaluación recaerá en el Director del Centro. Los SSCC del SAS velarán por la correcta aplicación de la metodología para garantizar así el equilibrio entre consecución de resultados y evaluación; además de prestar el apoyo informativo o de asesoría que sean solicitados.

Para realizar esta función, es necesario que cada hospital/AGS envíe a la Subdirección de Gestión Sanitaria un informe detallado de la evaluación realizada explicitando en él el modo en que se ha evaluado cada uno de los objetivos pactados.

5.1. Metodología

En el presente acuerdo **debe definirse el método** que se empleará posteriormente para medir los resultados obtenidos en el año de cada uno de los indicadores y/o aspectos para los que se hayan fijado objetivos.

En la evaluación de aspectos cuantitativos, el indicador representará el porcentaje de eventos favorables (que cumplen el objetivo/estándar fijado) respecto al total de eventos posibles. En otras ocasiones sólo podrá comprobarse si la condición que se pretende medir se cumple o no.

Un principio básico en este proceso de evaluación es que la recogida de la información sea solo la necesaria e implique el menor coste posible en tiempo y recursos.

En el **Anexo 5** detallamos y ofrecemos ejemplos del método de evaluación.

Objetivos que componen una dimensión

Todos los objetivos pertenecientes a una misma dimensión se ponderan **equitativamente. Sin embargo**, si la Unidad desea poner mayor énfasis en **algún objetivo específico podrá asignar a este un 20% del peso de la misma (del 100% del peso de la dimensión se asignará un 80% equitativamente entre los objetivos que la componen y un 20% se podrá asignar libremente por parte de la dirección del centro)**.

Evaluación cuantitativa

Podrán proponerse:

1.- Indicadores en los que el numerador y el denominador proceden de los Sistemas de Información que existen en los Hospitales/Áreas (INIHOS, SICPRO, INFHOS, CMBDA, AGD, etc.). En este caso no será necesario que se explicite numerador y denominador.

Por ejemplo: “estancia media para un GRD”, “tasa de indicación quirúrgica para el procedimiento x”, “porcentaje de reingresos”, etc.

Cuando se obtengan datos del CMBD-A deben quedar claros los códigos CIE a estudiar y tendrá que haber un compromiso previo de la unidad para mejorar la calidad y cantidad de los datos en los informes de alta.

2.- Indicadores en los que numerador o denominador, o ambos, proceden de registros propios.

Por ejemplo: “% de consultas de acto único”. En estos casos el procedimiento de registro, numerador y denominador deberán quedar explícitos.

3.- Indicadores cuyo numerador y denominador se obtienen a través de auditorías de historias clínicas. Se deberán aportar los siguientes datos:

- Tamaño muestral requerido para unos valores fijados de poder y amplitud del Intervalo de Confianza
- Procedimiento de muestreo
- Periodo de evaluación
- Variables a recoger: explícitas y codificadas
- Procedimiento de extracción de las variables : personas que lo harán, manual para interpretación de datos de la historia
- Presentación de resultados con intervalos de confianza
- Limitaciones

La evaluación de las Normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados, que consistirá normalmente en la auditoría de historias clínicas, se deberá ajustar a la metodología expuesta en el manual “Evaluación de Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada”

Evaluación cualitativa

La subjetividad que puede suponer en algunos casos la evaluación cualitativa hace aconsejable que ésta quede limitada únicamente a aspectos en los que no esté indicada o no sea posible una evaluación cuantitativa, por ejemplo: firma de acuerdos específicos entre unidades, reuniones intra o interniveles, adaptación local de guías o protocolos validados, etc. En estos casos será necesario que se especifique claramente el método empleado así como la

definición de todos aquellos conceptos que se manejen en la evaluación y que se consideren importantes para la misma.

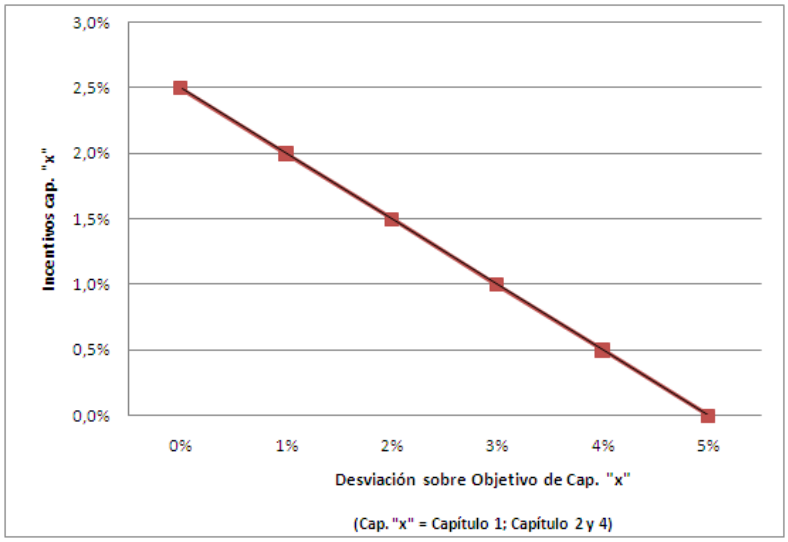
La evaluación del cumplimiento del objetivo debe realizarse **por 2 evaluadores externos a la unidad, de forma independiente**, y el resultado debe decidirse por consenso. En caso de desacuerdo el objetivo se considerará no cumplido.

Las funciones de valor que deben asignarse son:

- objetivo cumplido: 10
- objetivo no cumplido: 0

Evaluación de la Gestión Económica

La evaluación anual de los objetivos económicos corresponde al informe de seguimiento mensual (anexo 5) del mes de DICIEMBRE. Los incentivos correspondientes a la dimensión económica tienen un peso del 5%, de los cuales el 2,5% corresponde a los resultados en gasto de personal y el 2,5% al resto de costes. .El valor óptimo es una desviación nula (0% de desv.) sobre el objetivo de costes.. El valor a partir del cual no se perciben incentivos ligados a esta dimensión es un 5,00% de desviación del objetivo. Entre estos valores límites se perciben incentivos de acuerdo con una función lineal:



La evaluación que realiza la UGC/Hospital debe coincidir con la que se obtiene del sistema Coan-hyd en la evaluación centralizada. El número de profesionales por categoría direccionados a la UGC en el momento de la evaluación debe ser mayor o igual a los considerados en los objetivos económicos del presupuesto operativo inicial.

Ponderación de las dimensiones evaluadas

La ponderación o peso de cada dimensión varía ligeramente dependiendo del tipo de unidad y será para el 2008, el que se recoge en la tabla 1.

Tabla 1**: Ponderación de las distintas dimensiones del Acuerdo de Unidades de Gestión Clínica de Atención Hospitalaria.**

Dimensión	Cuidados Críticos y Urgencias	Diagnóstica	Farmacia	Hospital Día Médico y quirúrgico	Médica	Médico-quirúrgica	Neonatología	Quirúrgica	Salud Mental
Actividad y rendimiento	10	20	20	15	10	10	10	15	10
Accesibilidad	5	25	0	10	15	15	0	20	15
Seguridad del Paciente	5	5	5	10	5	5	15	5	5
Indicadores clínicos y normas de calidad	20	15	5	5	15	15	15	15	15
Orientación al ciudadano y satisfacción	20	15	10	20	15	15	15	15	10
Prescripción farmacéutica	15	0	20		15	15	5	5	15
Continuidad Asistencial	10	0	15	20	10	10	20	10	15
Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de procedimientos	5	10	15	10	5	5	10	5	5
Gestión Económica	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Libre Configuración	5	5	5	5	5	5	5	5	5

ANEXO 1: Atención a pacientes y familiares en la UGC

La UGC garantizará la personalización de la asistencia en todos los procesos de atención los pacientes y sus familiares.

La UGC fomentará la incorporación del lenguaje no sexista en la documentación y la información a sus pacientes y familiares.

SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS

La Unidad llevará a cabo acciones para aumentar la satisfacción de los usuarios conocer y lograr sus expectativas.

La UGC potenciará la utilización de las encuestas autocumplimentadas tras el alta Hospitalaria de sus pacientes.

La Unidad presentará los resultados de las encuestas de satisfacción (anual del Hospital y autocumplimentada al alta por Servicios), a los profesionales que conforman la Unidad de Gestión Clínica, los cuales establecerán Planes de Mejora en función de los resultados obtenidos y los objetivos establecidos en el CP 2005-2008 de su centro.

RECLAMACIONES

Las reclamaciones recibidas en la Unidad serán contestadas en el plazo establecido. Serán objeto de revisión como procesos "centinelas" de funcionamiento inadecuado de la Unidad.

A lo largo del año en curso se seguirá trabajando en mejorar la respuesta a las reclamaciones dirigidas a la Unidad, profesionales o servicios de su ámbito. Aplicará el procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas a las reclamaciones y sugerencias.

Al finalizar cada semestre, la Unidad dispondrá de un estudio sobre la evolución de las reclamaciones por motivos, tipo de profesional afectado y tipo de respuesta.
La UGC identificará y dará a conocer las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de sus profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad. Para los tres motivos más reclamados en relación al nº total de reclamaciones recibidas, establecerá acciones de mejora.

En cuanto a la difusión de la opinión de los usuarios, arbitrará las medidas para dar a conocer a toda la Unidad el resumen de reclamaciones recibidas y las mejoras introducidas gracias a las mismas. Para ello aprovechará para dar lectura a aquellas reclamaciones que considere sean más significativas por ser susceptibles de generar actuaciones de mejora.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La Unidad colaborará en las líneas de participación ciudadana que su institución ponga en marcha en el marco del III Plan Andaluz de Salud. Tratará de acercarse a la comunidad con el doble objetivo de informar de nuestros servicios de forma transparente y de escuchar su opinión y darles participación para mejorarlos.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Cuando el paciente entre en contacto con la Unidad en cualquiera de sus ámbitos de atención se le informará de la organización de la Unidad, de sus derechos y de sus deberes como usuario.

CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD

Entre los objetivos mínimos que debe cumplir y mantener la Unidad en relación con la confidencialidad figuran, los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas y en el Plan de Intimidad para todos los centros de su ámbito.

La Unidad adoptará las medidas para que en el entorno asistencial se garantice la confidencialidad sobre la información clínica y otros aspectos privados del paciente, sus creencias y valores, que son conocidos por el personal que le cuida y le trata durante su estancia en el Centro.

VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

La Unidad de Gestión Clínica facilitará al ciudadano, la información y los procedimientos administrativos de cara al ejercicio recogido en el Decreto 238/2.004 (Boja 104 de 28 de mayo de 2.004)

SEGUNDA OPINION MÉDICA

La Unidad de Gestión Clínica facilitará al ciudadano, la información y los procedimientos administrativos de cara al ejercicio recogido en el Decreto 127/2.003 y Orden de 24 de Agosto de 2.004 (Boja 173 del 3 de Septiembre de 2.004)

ACCESIBILIDAD

La Unidad adaptará su organización para adecuarse en todos sus ámbitos asistenciales a los tiempos de espera máximos definidos en el Mapa de Procesos del SSPA y/o contenidos en este Acuerdo de Gestión.

La Unidad establecerá mecanismos de detección de situaciones en riesgo social que pudieran resultar en desigualdades en el acceso a los servicios, implantando medidas de carácter informativo, formativo, organizativo o de intervención social para acortar en lo posible estas desigualdades.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las Unidades de Gestión Clínica realizarán las actuaciones necesarias para la obtención del consentimiento informado por escrito de pacientes ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de tratamientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud.

ANEXO 2: Categorías profesionales de las UGCs

Categoría
Jefe Servicio Facultativo (Director de la UGC)
Coordinador de Área Salud Mental (Director de la UGC)
Jefe Sección Facultativo (Director de la UGC)
Coordinador de Unidad de Salud Mental (Director de la UGC)
Psicólogo (Director de la UGC)
Jefe Servicio Facultativo
Coordinador de Área Salud Mental
Jefe Sección Facultativo
Coordinador de Unidad de Salud Mental
Facultativo Especialista de Área (Director de la UGC)
Enfermera Supervisora (Directora de la UGC)
Enfermera /DUE (Directora de UGC)
Facultativo Especialista de Área (FEA)
Psicólogo
Médico Familia SCCU
Médico Gral. Hospital
Enfermera Supervisora
Trabajador/Asistente Social
Matrona
Terapeuta Ocupacional
Fisioterapeuta
Enfermera/ DUE
Técnico Medio Función Administrativa
Técnicos Especialistas
Auxiliar de Enfermería (Función Especialista)
Administrativo
Auxiliar de Enfermería
Auxiliar Administrativo
Celador Conductor
Celador
Médico de Familia
Pediatra
Odontólogo
Enfermera de Enlace
Telefonista
Técnico de Laboratorio
Técnico de Salud
Monitor Ocupacional
Celador Encargado de Turno
Jefe de Equipo Administrativo

ANEXO 3: Metodología de consenso de Áreas de Mejora de UGCs para definición de indicadores.

Uno de los desafíos más importantes en gestión clínica es la **convergencia entre buenas prácticas en gestión y buenas prácticas clínicas.**

Para que esta convergencia comience a ser real en nuestras UGCs, se refuerza un liderazgo clínico que permita a profesionales expertos en cada una de las áreas de conocimiento, formular las áreas de mejora relevantes en cada contexto. Este trabajo de consenso se inició con las UGCs de Endocrinología, Farmacia, Neonatología, Cuidados Críticos y Urgencias, Diagnostico por la imagen, Urología y Oncología.

Los grupos de consenso cuentan en su composición con profesionales de las UGC, miembros del equipo directivo de los centros, directores de planes integrales y profesionales del equipo de apoyo a la gestión clínica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS).

Esta estrategia constituye una pieza clave para mejorar la práctica diaria a través de una evaluación más homogénea y una retroalimentación adecuada.

Partiendo de los indicadores contenidos en los acuerdos de las UGC en años previos, se ha optado por utilizar dos tipos de metodología de consenso:

- Consenso informal. Utilizando la metodología de grupos de discusión. Se han consensuado áreas de mejora de las UGCs de Neonatología, Farmacia, y Endocrino y Nutrición
- Consenso explicito utilizando el método **RAND/UCLA** modificado. Proceso finalizado en UGCs de Oncología y Urología

El método RAND/UCLA se ha utilizado en el ámbito sanitario para consensuar la adecuación de procedimientos médicos y quirúrgicos, intervenciones de cuidados y para seleccionar indicadores de calidad.(Es un método sencillo que, modulando el poder del liderazgo, promueve la expresión libre del criterio personal. Su característica fundamental es que permite combinar el conocimiento científico con la experiencia y opinión de los expertos.

Las etapas para priorizar los criterios e indicadores de cada dimensión han sido

1.- Propuesta de lista de criterios e indicadores tras la revisión de la literatura y de la lista de objetivos propuestos en años anteriores.

2.- Discusión y aclaración de términos

3.- Primera votación individual de cada uno de los criterios e indicadores . Se vota la relevancia del indicador y la factibilidad de su medida en una escala del 1 al 9

4.- Discusión del grupo sobre las primeras puntuaciones

5.- Segunda Votación individual. Se vota la relevancia del indicador y la factibilidad de su medida en una escala del 1 al 9.

Los criterios e indicadores quedan clasificados en adecuado, dudoso o inadecuado, con la puntuación que cada uno de ellos haya obtenido. Si no hay acuerdo en la puntuación, sea esta alta o baja, el indicador se clasifica como dudoso.

La selección de indicadores de estos consensos ya finalizados pueden solicitarse al Servicio de Gestión Sanitaria (Subdirección de Asistencia Especializada. Dirección General de Asistencia sanitaria).

ANEXO 4: Seguridad del paciente.

ALGUNOS EJEMPLOS DE OBJETIVOS PROPUESTOS EN LA DIMENSIÓN "SEGURIDAD DEL PACIENTE"

EJEMPLOS PARA UNA UGC CIRUGÍA GENERAL

- INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA SUPERFICIAL EN CIRUGÍA COLON / RECTO

  DEFINICIÓN: La unidad se compromete a que la infección de localización_quirúrgica superficial en los procedimientos de cirugía colon/ recto será menor de.....

  NUMERADOR: Nº de pacientes con infección según los criterios CDC en el periodo.....

  DENOMINADOR: Nº de pacientes intervenidos por procedimiento de cirugía colon/recto en ese periodo

- HEMATOMA O HEMORRAGIA POSTOPERATORIA*:*

  DEFINICIÓN La UGC se compromete a que el nº de casos de hematoma o hemorragia que requieren un procedimiento por cada 1.000 altas quirúrgicas será menor de.....

  NUMERADOR Altas con un código CIE-9-MC de hemorragia o hematoma postoperatorios en cualquier campo de diagnóstico secundario y un código de control de hemorragia postoperatoria o de drenaje de hematoma (respectivamente) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas. El código de procedimiento de control postoperatorio de hemorragia o hematoma debe ocurrir el mismo día o después del día del procedimiento principal.

  DENOMINADOR Todas las altas quirúrgicas de la UGC definidas por determinados GDRs.

  JUSTIFICACIÓN El indicador pretende identificar los casos de hemorragia o hematoma que siguen a una intervención quirúrgica.

- ASEGURAR LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE A INTERVENIR Y LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

  DEFINICIÓN: La Unidad elaborará un procedimiento explícito, consensuado y rutinario mediante el cual se verificará preoperatoriamente la persona, procedimiento y sitio quirúrgico, se marcará sitio quirúrgico, y se verificará en el quirófano.

  INDICADOR CUALITATIVO .Se considerará que la unidad ha cumplido el objetivo si constata haber protocolizado este procedimiento detallando la forma, momento, lugar y responsabilidades de los miembros de la unidad.

  JUSTIFICACIÓN. Son circunstancias poco frecuentes pero constituye un problema relevante en el ámbito de seguridad de los pacientes no-solo por las consecuencias devastadoras para los pacientes sino también por la repercusión legal

EJEMPLOS PARA UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

- PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS DE DECÚBITO

  DEFINICIÓN La UGC se compromete a que el nº de **c**asos de úlcera de decúbito por cada 1.000 altas con una estancia media mayor de 4 días será menor de.....

  NUMERADOR Altas con código CIE-9-MC 7070 en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos.
Incluye solo los pacientes con una estancia de 5 o más días.
Excluye los pacientes en la CDM 9, o los pacientes con cualquier diagnóstico de hemiplejia, paraplejía, tetraplejía. Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14. Excluye los pacientes que provienen admitidos de unidades de larga estancia.

JUSTIFICACIÓN Este indicador pretende identificar los casos de úlcera de decúbito en pacientes Hospitalizados. Su definición se limita a las úlceras de decúbito que aparecen como un diagnóstico secundario para distinguirlas mejor de los casos que estaban presentes en el ingreso. Además, el indicador excluye a los pacientes que tienen una estancia de 4 días o menos, porque es improbable que una úlcera de decúbito se desarrolle en ese periodo de tiempo. Finalmente, este indicador excluye a los pacientes que son especialmente susceptibles a las úlceras de decúbito, es decir los pacientes con problemas importantes de la piel (CDM 9) y parálisis.

- VALORACIÓN DE LOS RIESGOS INTRINSECOS Y EXTRINSICOS QUE PUEDEN INCIDIR EN UNA DISMINUCIÓN DE LA SEGURIDAD

  DEFINICIÓN: La unidad realizará un procedimiento explícito y consensuado para valorar en cada paciente ingresado los riesgos intrínsecos y extrínsecos asociados a los efectos adversos. Además establecerá sistemas de recordatorios para que se tengan en cuenta esos riesgos en la asistencia diaria de los pacientes de riesgo

  INDICADOR CUALITATIVO Se considerará que la unidad ha cumplido el objetivo si constata haber protocolizado este procedimiento detallando la forma, momento, lugar y responsabilidades de los miembros de la unidad y manera de realizar recordatorios efectivos sin alarmar a pacientes y familiares

  JUSTIFICACIÓN. En los pacientes con EAh, los factores de riesgo intrínsecos que se identifican con más frecuencia son hipertensión (21,60%) y neoplasia (13,58%), y entre los factores de riesgo extrínseco la presencia de catéter venoso periférico (35,93%) y la de sonda urinaria abierta (12,22%).
  Identificación de pacientes de alto riesgo, especialmente: vulnerables por edad, con trastornos cognitivos, restricciones de movilidad, trastornos de la nutrición, alérgicos, con procesos oncológicos, en situación de cuidados paliativos, en soporte vital, pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y pacientes sometidos a diálisis o transfusión.

DEFINICIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS PROPUESTOS POR LA AHRQ Y MEDIDOS A TRAVÉS EL CMBD

(La documentación de este Anexo ha sido aportada por el Servicio de Producto Sanitario)

1. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA

DEFINICIÓN
Casos de sobredosis de anestesia, reacción o mala colocación del tubo endotraqueal por cada 1.000 altas quirúrgicas.

NUMERADOR
Altas con códigos diagnósticos CIE-9-MC de complicaciones de la anestesia en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas quirúrgicas definidas por específicos.
Excluye a los pacientes con códigos de envenenamiento por anestésicos (E8551, 9681-4, 9687) y cualquier código diagnóstico de drogodependencia activa, o abuso de drogas activo en no drogodependientes o de autolesiones.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos con un código de causa externa de lesiones (códigos E) y códigos de complicaciones por efectos adversos debidos a la administración de drogas terapéuticas, así como las sobredosis de agentes anestésicos utilizados ante todo en entornos terapéuticos.

2. MORTALIDAD EN GRDS DE BAJA MORTALIDAD

DEFINICIÓN
Muertes en el Hospital por cada 1.000 pacientes con GDRs cuya mortalidad sea menor de 0.5%.

NUMERADOR
Altas de fallecidos por cada 1.000 pacientes en riesgo.

DENOMINADOR
Pacientes con tasa de mortalidad inferior al 0.5%, basadas en los de baja mortalidad del NIS 1997. Si un GRD se divide en "sin/con complicaciones", ambos deben tener tasas de mortalidad por debajo del 0.5% para ser incluidos.

Excluye los pacientes con cualquier código de traumatismo, inmunosupresión o cáncer.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar las muertes que ocurren en el Hospital en pacientes con poca probabilidad de morir durante la Hospitalización. La asunción subyacente es que cuando un paciente, que es ingresado por una enfermedad o por un procedimiento de muy baja mortalidad, muere, es probable que el responsable sea un error sanitario. Se excluye a los pacientes con traumatismos, con un estado inmunológico comprometido

3. ULCERAS DE DECÚBITO

DEFINICIÓN
Casos de úlcera de decúbito por cada 1.000 altas con una estancia media mayor de 4 días.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC 7070 en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por específicos.

Incluye solo los pacientes con una estancia de 5 o más días.

Excluye los pacientes en la CDM 9, o los pacientes con cualquier diagnóstico de hemiplejía, paraplejía o tetraplejía.

Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

Excluye los pacientes que provienen admitidos de unidades de larga estancia.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de úlcera de decúbito en pacientes Hospitalizados. Su definición se limita a las úlceras de decúbito que aparecen como un diagnóstico secundario para distinguirlas mejor de los casos que estaban presentes en el ingreso. Además, el indicador excluye a los pacientes que tienen una estancia de 4 días o menos, porque es improbable que una úlcera de decúbito se desarrolle en ese periodo de tiempo. Finalmente, este indicador excluye a los pacientes que son especialmente susceptibles a las úlceras de decúbito, es decir los pacientes con problemas importantes de la piel (CDM 9) y parálisis.

4. FRACASO EN EL RESCATE

DEFINICIÓN
Muertes por cada 1.000 pacientes que han desarrollado determinadas complicaciones de la asistencia durante la Hospitalización.

NUMERADOR
Altas por exitus por cada 1.000 pacientes en riesgo.

DENOMINADOR
Altas con posibles complicaciones de la asistencia del listado de 'fracaso en el rescate' (i.e., neumonía, TVP/EP, sepsis, fracaso renal agudo, shock/paro cardiaco, o hemorragia GI/úlcera aguda). Criterios de exclusión propios de cada diagnóstico.

Excluye pacientes de 75 o más años.

Excluye pacientes neonatales en CDM 15.

Excluye pacientes trasladados a una unidad de agudos.

Excluye pacientes trasladados desde una unidad de agudos.

Excluye pacientes ingresados desde una unidad de larga estancia.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los pacientes que mueren tras desarrollar una complicación. La asunción subyacente es que los buenos Hospitales identifican estas complicaciones antes y las tratan más agresivamente.

El fracaso en el rescate puede reflejar distintos aspectos de la calidad de la asistencia (efectividad en el rescate de un paciente de una complicación, versus la prevención de la complicación). El indicador incluye a los pacientes pediátricos. Es importante hacer notar que, más allá del periodo neonatal, los niños se recuperan mejor intrínsecamente del estrés fisiológico y por eso pueden tener tasas de rescate mayores.

5. CUERPO EXTRAÑO OLVIDADO DURANTE UN PROCEDIMIENTO

DEFINICIÓN
Altas con un cuerpo extraño dejado dentro accidentalmente durante un procedimiento por cada 1.000 altas.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC de cuerpo extraño dejado dentro durante un procedimiento en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas médicas y quirúrgicas identificadas por determinados GDRs.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de cuerpo extraño dejado accidentalmente dentro de un paciente en una intervención. Se restringe a los casos que tienen un código diagnóstico o de procedimiento secundario.

6. NEUMOTORAX YATROGÉNICO

DEFINICIÓN
Casos de neumotórax iatrogénico por cada 1.000 altas.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC 512.1 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas.

Excluye todos los pacientes con cualquier diagnóstico de traumatismo.

Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico que indique cirugía torácica o biopsia pulmonar o de pleura o que tenga asignado un GRD de cirugía cardiaca.
Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de neumotórax causados por la asistencia médica. Incluye los casos de neumotórax yatrogénico que ocurren como un diagnóstico secundario durante la Hospitalización.

El neumotórax yatrogénico excluye todos los pacientes traumatológicos porque éstos son más susceptibles de sufrir un neumotórax iatrogénico no evitable o pueden estar mal codificados como neumotórax traumáticos. La menor complexión de los niños puede aumentar la complejidad técnica de estos procedimientos en esta población (sin embargo, es menos probable que se lleven a cabo estos procedimientos en entornos sin monitorizar).

7. DETERMINADAS INFECCIONES CAUSADAS POR LA ASISTENCIA SANITARIA

DEFINICIÓN
Casos de código CIE-9-MC 9993 o 99662 por cada 1.000 altas.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC 9993 o 99662 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por específicos. Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico de inmunosupresión o de cáncer.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de infección debida a la asistencia sanitaria, fundamentalmente los relacionados con las vías y catéteres intravenosos. Incluye los casos basados en diagnósticos secundarios asociados con el mismo episodio de Hospitalización. Los pacientes con estados inmunocomprometidos (ej. SIDA, cáncer, trasplantes) se excluyen porque pueden ser más susceptibles a dichas infecciones.

El indicador incluye a niños y neonatos. Se hace notar que los neonatos de alto riesgo tienen también alto riesgo de infección relacionada con el catéter.

8. HEMATOMA O HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

DEFINICIÓN
Casos de hematoma o hemorragia que requieren un procedimiento por cada 1.000 *altas quirúrgicas.*

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de hemorragia o hematoma postoperatorios en cualquier campo de diagnóstico secundario y un código de control de hemorragia postoperatoria o de drenaje de hematoma (respectivamente) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas.

El código de procedimiento de control postoperatorio de hemorragia o hematoma debe ocurrir el mismo día o después del día del procedimiento principal.
Nota: *Si el día del procedimiento no está disponible en el registro, la tasa puede ser ligeramente superior que en el caso de que estuviera disponible.*

DENOMINADOR
Todas las altas quirúrgicas definidas por determinados. Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

RESUMEN
El indicador pretende identificar los casos de hemorragia o hematoma que siguen a una intervención quirúrgica. Limita los códigos de hemorragia y hematoma a los códigos de procedimientos y diagnósticos secundarios, respectivamente, para aislar las hemorragias que realmente están ligadas a un procedimiento quirúrgico.

9. FRACTURA DE CADERA POSTOPERATORIA

DEFINICIÓN
Casos de fractura de cadera en Hospitalización por cada 1.000 altas quirúrgicas.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de fractura de cadera en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas quirúrgicas definidas por específicos.

Excluye los pacientes con enfermedades y desórdenes del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (CDM 8).

Excluye los pacientes con código diagnóstico principal de apoplejía, síncope, ictus, coma, paro cardiaco, daño por anoxia cerebral, envenenamiento, delirio u otras psicosis, y trauma.

Excluye pacientes con cualquier diagnóstico de cáncer metastásico, enfermedades linfoides malignas, cáncer de huesos o autolesiones.

Excluye pacientes obstétricos en CDM 14.

Excluye pacientes de 17 años o menos.

RESUMEN
El indicador pretende identificar los casos de fracturas en Hospitalización, específicamente los de cadera.

El indicador limita los códigos diagnósticos a los secundarios para eliminar las fracturas que estaban presentes al ingreso. También excluye los pacientes en la CDM 8 (desórdenes musculoesqueléticos) y pacientes con trauma, cáncer o diagnóstico principal de apoplejía, síncope, ictus, coma, paro cardiaco o envenenamiento, así como los pacientes que tienen una fractura al ingreso.

El indicador se limita a los casos quirúrgicos ya que los análisis previos sugieren que estos códigos en pacientes médicos a menudo reflejan situaciones presentes al ingreso.

10. DESORDEN FISIOLÓGICO Y METABÓLICO POSTOPERATORIO

DEFINICIÓN
Casos de determinados desórdenes fisiológicos o metabólicos por cada 1.000 altas de cirugía programada.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC de desorden fisiológico y metabólico en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas de cirugía programada.

Las altas con fallo renal agudo (subgrupo de desórdenes fisiológicos y metabólicos) se deben acompañar de un código de procedimiento de diálisis (3995, 5498).

DENOMINADOR
Todas las altas definidas por el tipo de ingreso. Excluye pacientes que tengan un código de diagnóstico de cetoacidosis, hiperosmolaridad u otro coma (subgrupo de códigos de desórdenes fisiológicos y metabólicos) junto a un diagnóstico principal de diabetes.

Excluye pacientes con un código diagnóstico secundario de fallo renal agudo (subgrupo de códigos de desórdenes fisiológicos y metabólicos) junto a un diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio, arritmia cardiaca, paro cardiaco, shock, hemorragia o hemorragia GI.

Excluye pacientes obstétricos en la CDM 14.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de complicaciones postoperatorias metabólicas o fisiológicas.

La población en riesgo se limita a los pacientes con cirugía programada porque los pacientes no programados pueden desarrollar desórdenes menos evitables. Además, cada diagnóstico tiene exclusiones específicas para reducir el número de casos identificados con un diagnóstico presente al ingreso o con alta probabilidad de ser poco evitable.

11. TROMBOLISMO PULMONAR O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA POSTOPERATORIOS

DEFINICIÓN
Casos de embolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP) por cada 1.000 altas quirúrgicas.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC de embolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas quirúrgicas.

DENOMINADOR
Todas las altas quirúrgicas definidas por determinados. Excluye los pacientes con un diagnóstico principal de trombosis venosa profunda.

Excluye pacientes obstétricos en CDM 14.
Excluye los pacientes con un código de procedimiento secundario 38.7 cuando este procedimiento ocurre el mismo día o con fecha anterior al día del procedimiento principal.

Nota: *Si el día del procedimiento no está disponible en el registro, la tasa puede ser ligeramente inferior que si la información estuviera disponible.*

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de trombosis venosa y embolismo postoperatorios específicamente, el embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda. El indicador limita los códigos de las complicaciones vasculares a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar las complicaciones que ya estaban presentes al ingreso. Además, excluye a los pacientes que tienen un diagnóstico principal de TVP, porque es probable que estos pacientes tengan ya una EP-TVP al ingreso.

12. FALLO RESPIRATORIO POSTOPERATORIO

DEFINICIÓN
Casos de fallo respiratorio agudo por cada 1.000 altas quirúrgicas programadas.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC de fallo respiratorio agudo (518.81) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas (después de 1999, incluye 518.84).

DENOMINADOR
Todas las altas quirúrgicas programadas definidas por el tipo de ingreso.
Excluye los pacientes con enfermedades respiratorias o circulatorias (CDM 4 y CDM 5). Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

RESUMEN
Este indicador pretende identificar los casos de fallo respiratorio postoperatorio. El indicador limita el código de fallo respiratorio a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar el fallo respiratorio que ya estaba presente al ingreso. Además, excluye a los pacientes que tengan enfermedades respiratorias o circulatorias graves y limita la población en riesgo a los pacientes de cirugía programada.

13. SEPSIS POSTOPERATORIA

DEFINICIÓN
Casos de sepsis por cada 1.000 pacientes de cirugía programada con una estancia superior a tres días.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de sepsis en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas de cirugía programada.

DENOMINADOR
Todas las altas quirúrgicas programadas definidas por el tipo de ingreso.

Excluye los pacientes con un diagnóstico principal de infección, cualquier código de inmunosupresión o cáncer.
Incluye sólo los pacientes con cuatro días o más días de estancia. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

RESUMEN
El indicador pretende monitorizar los casos de sepsis postoperatoria nosocomial. El indicador limita el código de sepsis a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar la sepsis que ya estaba presente al ingreso. El indicador también excluye los pacientes que tienen un diagnóstico principal de infección, los pacientes con una estancia de menos de cuatro días y los pacientes en

14. DEHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA

DEFINICIÓN
Casos de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria por cada 1.000 casos de cirugía abdomino-pélvica.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria (5461) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas determinadas.

DENOMINADOR
Todas las altas de cirugía abdomino-pélvica. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

RESUMEN

El indicador pretende identificar los casos de dehiscencia de herida en pacientes a los que se les ha practicado cirugía abdominal y pélvica. Incluye los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados con el mismo ingreso.

15. PUNCIÓN / LACERACIÓN ACCIDENTAL

DEFINICIÓN
Casos de dificultad técnica (corte accidental o laceración durante un procedimiento) por cada 1.000 altas.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC que denote dificultad técnica (corte accidental, punción, perforación o laceración) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GRDs específicos.

Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

RESUMEN
Este indicador pretende monitorizar los casos de complicaciones que surgen por dificultades técnicas en la asistencia médica, específicamente aquellas que incluyen punción o laceración accidental.

16. REACCIÓN TRANSFUSIONAL

DEFINICIÓN
Casos de reacción transfusional por cada 1.000 altas.

NUMERADOR
Altas con código CIE-9-MC de reacción transfusional en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

DENOMINADOR
Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GRDs específicos.

RESUMEN
Este indicador pretende monitorizar los casos de reacciones graves por transfusión (ABO y Rh). Incluyendo los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados al mismo ingreso.

17. TRAUMATISMO EN EL NACIMIENTO - LESIONES AL NEONATO

DEFINICIÓN
Casos de traumatismo en el nacimiento por cada 1.000 nacidos vivos.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de trauma al nacimiento en cualquier campo diagnóstico por cada 1.000 nacidos vivos.

DENOMINADOR
Todos los nacidos vivos.

Excluye los niños con hemorragia subdural o cerebral (subgrupo de códigos de trauma al nacimiento) y cualquier campo diagnóstico de pretérmino (peso al nacer de menos de 2.500 gramos y menos de 37 semanas de gestación ó 34 ó menos semanas de gestación).

Excluye los niños con lesiones del esqueleto (767.3, 767.4) y cualquier código diagnóstico de osteogénesis imperfecta (756.51).

RESUMEN
Este indicador pretende monitorizar los casos de traumatismo al nacimiento en los nacidos vivos en un Hospital. Excluye los nacidos pretérmino, ya que el traumatismo al nacimiento en estos pacientes es menos evitable que en los nacimientos a término.

18. TRAUMA OBSTETRÍCO EN CESAREA

DEFINICIÓN
Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 cesáreas.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 cesáreas.

DENOMINADOR
Todas las altas con cesárea.

RESUMEN
Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas evitables durante una cesárea.

19. TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO

DEFINICIÓN
Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 partos vaginales instrumentados.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 partos vaginales instrumentados.

DENOMINADOR
Todas las altas con parto vaginal con cualquier código de procedimiento de parto instrumentado.

RESUMEN
Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas potencialmente evitables durante un parto

20. TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO VAGINAL NO INSTRUMENTADO

DEFINICIÓN
Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 partos vaginales no instrumentados.

NUMERADOR
Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 partos vaginales no instrumentados.

DENOMINADOR
Todas las altas con parto vaginal. Excluye los partos instrumentados.

RESUMEN
Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas potencialmente evitables durante un parto vaginal no instrumentado.

ANEXO 5: Estructura del presupuesto operativo y seguimiento de las Unidades de Gestión Clínica.

PRESUPUESTO OPERATIVO DE LA U.G.C.

Año:

Hospital	
	U.G.C. XXXX
	Código Centro COAN 1
	Código Centro COAN 2
	Código Centro COAN 3
	Código Centro COAN 4
	Código Centro COAN 5

PRESUPUESTO POR NATURALEZA	Coste Año Anterior	Objetivo Año Actual	% Inc Máx
PERSONAL (Retribuciones y At. Cont.)	0	0	
P. Sanitario Facultativo	0	0	
Plantilla			
Sustitutos			
Eventuales			
P. Vinculado			
P. San. NO Facultativo	0	0	
Plantilla			
Sustitutos			
Eventuales			
P. Vinculado			
P. Gestión y Servicios	0	0	
Plantilla			
Sustitutos			
Eventuales			
CAPÍTULOS 2 y 4	0	0	
Fungible			
Prótesis e Implantes			
Reactivos de Laboratorio			
Placas Radiológicas			
Resto Fungible			
Fármacos	0	0	
Consumo Interno			
Pacientes Ambulatorios			
Consumos			
Cursos de Formación			
Mnto. Directo y Contratas			
Prestaciones			
TOTAL PRESUPUESTO POR NATURALEZA	0	0	

	Nº Efectivos Año Anterior	Nº Profesionales direccionados a la UGC Año Actual
P. Sanitario Facultativo		
P. Sanitario NO Facultativo		
P. Gestión y Servicios		

	Retribuciones medias Efectivos Año Anterior	Retribuciones medias de los Profesionales en UGC Año Actual	Retribuciones medias Profesionales en A.E. Andalucía
P. Sanitario Facultativo			
P. Sanitario NO Facultativo			
P. Gestión y Servicios			
		Sin Atenc. Cont.	

Consumo de UNIDADES de URV	Consumo Ud. Año Anterior	Objetivo Ud. Año Actual	% Inc Máx
URV's de Análisis Clínicos			
URV's de Anatomía Patológica			
URV's de Bioquímica			
URV's de Inmunología			
URV's de Genética			
URV's de Medicina Nuclear			
URV's de Microbiología			
URV's de Neurofisiología Clínica			
URV's de Hematología			
URV's de Radiodiagnóstico			
URV's de Oncología Radioterápica			

SEGUIMIENTO UNIDAD GESTIÓN CLÍNICA

Año:

Mes:

Hospital

U.G.C. XXXX

Código Centro COAN 1
Código Centro COAN 2
Código Centro COAN 3
Código Centro COAN 4
Código Centro COAN 5

	AÑO ANTERIOR			AÑO ACTUAL					
COSTES POR NATURALEZA	P. Acumulado	Total Año	% Ejecutado	P. Acumulado	Objetivo	% Ejecutado	% Desv	% Inc Acumulado	% Inc Máx
PERSONAL	0	0		0	0				
P. Sanitario Facultativo	0	0		0	0				
Plantilla									
Sustitutos									
Eventuales									
P. Vinculado									
P. San. NO Facultativo	0	0		0	0				
Plantilla									
Sustitutos									
Eventuales									
P. Vinculado									
P. Gestión y Servicios	0	0		0	0				
Plantilla									
Sustitutos									
Eventuales									
CAPÍTULOS 2 y 4	0	0		0	0				
Fungible									
Prótesis e Implantes									
Reactivos de Laboratorio									
Placas Radiológicas									
Resto Fungible									
Fármacos	0	0		0	0				
Consumo Interno									
Pacientes Ambulatorios									
Consumos									
Cursos de Formación									
Mnto Directo y Contratas									
Prestaciones									
TOTAL COSTES POR NATURALEZA	0	0		0	0				

ANEXO 6: Evaluación

A continuación presentamos un ejemplo de la distribución de pesos entre objetivos de una misma dimensión:

A modo de ejemplo, el responsable de una unidad, de acuerdo con la Dirección de su Hospital/Área de Gestión Sanitaria, con 3 objetivos establecidos en la dimensión de actividad y rendimiento (suponiendo que le correspondiera un peso del 15%), podrá asignar un 4% a cada uno de los objetivos, por un total de 80% del peso de la dimensión. El 3% que resta podrá reasignarse al objetivo u objetivos que la unidad decida, justificando su decisión en cada caso (*figura 1*).

Figura 1. Ejemplo de asignación de pesos para la dimensión de "Actividad y rendimiento" en una UGC.

Actividad y rendimiento
– 15% -

80% de reparto equitativo (12%)
20% de libre asignación (3%)

Ponderación	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Reparto equitativo	4%	4%	4%
Libre asignación	3%	-	-
Total del objetivo	7%	4%	4%
Total de la dimensión		**15%**	

El esquema general será el siguiente:

- tenemos el **objetivo** que se marcó la unidad a principio del año y el **resultado final** obtenido

- aplicamos una **escala** (*ejemplo en figura 2*) para comprobar el % de cumplimiento del objetivo y obtener la función de valor que le corresponde. Esto haremos con cada uno de los objetivos que compongan una dimensión. En la escala, que se calcula de modo automático, deberemos introducir un límite superior y un límite inferior.

- El **límite superior** o valor óptimo a alcanzar (LS) corresponde al valor que se ha fijado la unidad para el objetivo. Algunos autores se refieren a este valor como "estándar".

- El **límite inferior** o valor mínimo (LI), por debajo del cual no se considerará cumplido el objetivo. Se establecerá dentro de los márgenes permitidos por la dirección corporativa y siempre teniendo en cuenta el histórico de la UGC

Figura 2. Ejemplo de escala de evaluación para ver el cumplimiento del % de intervenciones en CMA.

Límite Superior	**96**
Límite Inferior	**64**
Valor del intervalo	**3,6**

INTERVALOS			PUNTOS
96,0			**10**
92,4	-	95,9	**9**
88,9	-	92,3	**8**
85,3	-	88,8	**7**
81,8	-	85,2	**6**
78,2	-	81,7	**5**
74,7	-	78,1	**4**
71,1	-	74,6	**3**
67,6	-	71,0	**2**
64,0	-	67,5	**1**
63,9			**0**

El intervalo de la escala se calcula como LS-LI /9, para obtener la escala dividida en 9 tramos. De este modo se construye automáticamente una escala específica para cada objetivo.

A continuación, con las funciones de valor (puntos) de cada objetivo construiremos el **índice resumen de la dimensión.**

Dentro de cada una de las dimensiones, y teniendo en cuenta que la Unidad podrá fijar más de un objetivo para cada uno de ellas, se construirá un **índice resumen** que servirá de medida global para esa dimensión y que será la que contribuirá, con el peso que le corresponda, en la escala de valoración final para el reparto de incentivos en la UGC:

Nombre del Indicador Índice Resumen (IR)
Definición del Indicador Medida resumen de los distintos objetivos/estándares o compromisos contraídos para un mismo ítem/dimensión/apartado.
Definición de términos: - Función de valor (FV) obtenida: Puntuación correspondiente al % o grado de cumplimiento del objetivo/estándar fijado. - Función de valor máxima: Puntuación máxima que puede obtenerse si el objetivo/estándar se cumple al 100% o en grado máximo. En todos los casos –salvo excepciones que se harán explícitas- corresponde a 10 puntos. - Peso: Ponderación asignada a cada uno de los objetivos que componen una dimensión
Fórmula: - Numerador: FV obtenida para los objetivo/estándares fijados x peso de cada uno - Denominador: FV máxima posible para los estándares fijados x peso de cada uno (FV obj 1 x peso obj 1) + (FV obj 2 x peso obj 2) + (FV obj n x peso obj n) / (FV máxima obj 1 x peso obj 1) + (FV máxima obj 2 x peso obj 2) + (FV máxima obj n x peso obj n)

Ejemplo de Indicador
Índice resumen de la dimensión "Actividad asistencial y rendimiento" de la Unidad .....:

Inicio del ejercicio

Objetivos propuestos:
Objetivo 1: "La estancia media (EM) de la Unidad .... para el año.....se situará por debajo de 7,5 días" **Objetivo 2**: "El número de intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA se incrementará en un 4%" **Objetivo 3**: "Las primeras consultas supondrán el 60% de la actividad de consultas de la Unidad" (la unidad decide asumir que no es aceptable p. ej. menos del 45%).

Final del ejercicio

Resultados obtenidos:
Objetivo 1: EM de la Unidad 6,8 días. **Objetivo 2:** Número de intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA incrementado en un 6% **Objetivo 3:** Las primeras consultas supusieron el 53% de la actividad de consultas de la Unidad.

Si completamos la tabla propuesta para la evaluación:

Objetivo fijado para el año	Peso asignado	Resultado obtenido	% de Cumplimiento del objetivo	Función de valor (puntos)
EM < 7,5 días	4%	6,8 días	100 %	10
Incremento CMA 4%	4%	8 %	100 %	10
primeras consultas 60%	7%	53%	53,3-54,9	5

Por tanto, el Índice Resumen (IR) de la **actividad asistencial y rendimiento de la Unidad** será:

$$\frac{(10x4)+(10x4)+(5x7)}{(10x4)+(10x4)+(10x7)} = 0,76$$

El 76% de cumplimiento será el que se aplique, mediante una regla de tres, en la escala final de valoración para el reparto de incentivos.

ANEXO 7: Tabla resumen de objetivos vinculados a incentivos.

DIMENSIÓN	PONDERACIÓN	FÓRMULA DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR (cualitativo, cuantitativo)	FUENTE (Registro propio, auditoría de HC, Sistemas de información..)	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN (muestreo, intervalo de confianza, actas..)	PESO ASIGNADO	OBJETIVO 2008 (Límite Superior)	Límite Inferior
40 Actividad y Rendimiento								
Accesibilidad								
Seguridad del Paciente								
Indicadores clínicos y normas de calidad de los PAIs								
Orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción								
Uso racional de medicamentos								
Continuidad asistencial								

DIMENSIÓN	PONDERACIÓN	FÓRMULA DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR (cualitativo, cuantitativo)	FUENTE (Registro propio, auditoría de HC, Sistemas de información..)	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN (muestreo, intervalo de confianza, actas..)	PESO ASIGNADO	OBJETIVO 2008 (Límite Superior)	Límite Inferior
Disminución de la variabilidad en la práctica y uso adecuado								
Gestión económica								
Libre configuración								

FORMULARIO DE ACUERDO DE GESTIÓN CLINICA
AÑO 2008

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

HOSPITAL / ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

En , a de del 2008

REUNIDOS

De una parte la Unidad de Gestión Clínica…….. y en su nombre y representación D/Dña…….....…...,
en calidad de Director/Directora de la Unidad.

De otra parte el Hospital/Área de Gestión Sanitaria ……y en su nombre y representación D/Dña……...…….....,
en calidad de Director/Directora

ACUERDAN

Proponer el siguiente Acuerdo de Gestión para un periodo de cuatro años a la Dirección General de Asistencia Sanitaria para su valoración y autorización, si procede.

El/La directora/a de la Unidad	El / La Director/a del Hospital / Área de Gestión Sanitaria
Fdo.:.....	Fdo.: .....

ATENCIÓN: No existe límite de páginas, ni de tamaño para cada uno de los apartados. El objetivo es ayudar a estructurar el acuerdo y que no se olvide ninguno de los aspectos.

UGC .....HOSPITAL / AGS……

LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UGC (2008)

Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular interino, eventual, etc)	Especialidad (si procede)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial, % de dedicación

Descripción de la Unidad de Gestión Clínica

- MISIÓN Y VALORES
- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA UNIDAD
- RELACIÓN CON OTRAS UNIDADES Y SERVICIOS

Objetivos

- ACTIVIDAD Y RENDIMIENTO
- ACCESIBILIDAD
- SEGURIDAD DEL PACIENTE
- INDICADORES CLÍNICOS Y NORMAS DE CALIDAD DE LOS PAIS
- ORIENTACIÓN A LOS CIUDADANOS Y MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN
- ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y CONSUMO DE FÁRMACOS
- CONTINUIDAD ASISTENCIAL
- DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y USO ADECUADO DE FÁRMACOS Y PROCEDIMIENTOS
- GESTIÓN ECONÓMICA
- LIBRE CONFIGURACIÓN
- EVALUACIÓN

UGC:
HOSPITAL / AGS

ANEXO 7: Tabla resumen de objetivos vinculados a incentivos 2008.

DIMENSIÓN (Ponderación %)	**NOMBRE Y FÓRMULA DEL INDICADOR (numerador/ denominador)**	**TIPO DE INDICADOR** (cualitativo, cuantitativo)	**FUENTE** (Registro propio, auditoría de HC, Sistemas de información..)	**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN** (muestreo, intervalo de confianza, actas..)	**PESO ASIGNADO**	**OBJETIVO 2008 (L. Superior)**	**L. Inferior**
Actividad y Rendimiento (%)							
Accesibilidad (%)							
Seguridad del Paciente (%)							
Indic. clínicos y n. de calidad de los PAIs (%)							
Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción (%)							
Uso racional de medicamentos (%)							

DIMENSIÓN **(Ponderación %)**	**NOMBRE Y FÓRMULA DEL INDICADOR (numerador/ denominador)**	**TIPO DE INDICADOR** (cualitativo, cuantitativo)	**FUENTE** (Registro propio, auditoría de HC, Sistemas de información..)	**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN** (muestreo, intervalo de confianza, actas..)	**PESO ASIGNADO**	**OBJETIVO 2008 (L. Superior)**	**L. Inferior**
Continuidad asistencial (%)							
Disminución de la variabilidad en la práctica y uso adecuado (%)							
Gestión económica (%)							
Libre configuración (%)							

ANEXO
PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES EN ANDALUCÍA

Este plan recoge una propuesta de mejora de la atención sanitaria dirigida a las personas cuidadoras de grandes discapacitados:

El Sistema Sanitario Público de Andalucía establece, entre sus objetivos, potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles.

Los destinatarios de la atención domiciliaria frecuentemente son personas con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, con necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria e instrumentales, para el manejo y control de los síntomas y del régimen terapéutico relacionado con su proceso. Este tipo de pacientes constituye la prioridad inexcusable de atención domiciliaria.

En Andalucía, como cultura eminentemente mediterránea, la familia y la mujer siguen siendo la base principal de prestación de cuidados. Sin embargo, los cambios en la composición y organización familiar, en especial la reducción de su tamaño, la incorporación de la mujer al mercado laboral, y una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia, son factores que están provocando una disminución de la disponibilidad de personas cuidadores familiares, siendo en su mayoría mujeres del entorno familiar (hijas, esposas, nueras etc.) las que acaban proporcionando los cuidados, sin que ello suponga una disminución del resto de obligaciones que asumen las mujeres dentro del hogar, lo que se traduce en un aumento de las cargas de trabajo que en pocas ocasiones es compartido por otros miembros de la familia.

Tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, las personas cuidadoras familiares han pasado de ser instrumentos de sustitución allí donde la atención era insuficiente o incompleta a convertirse en Población Diana de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Atendiendo a esta situación, el sistema sanitario debe poner en marcha programas específicos que proporcionen ayudas a las personas cuidadoras familiares e igualmente facilitar medidas de apoyo a estas para la importante labor que realizan dentro del ámbito familiar y social, de tal forma que sea menos gravoso el cuidado, se puedan incorporar más personas al cuidado y no recaiga sólo sobre una sola persona.

Es necesario que la red familiar y social que cuida sea lo más amplia y adecuada posible, ya que la percepción de la carga que ocasiona el cuidado es un indicador tan importante que puede ser el mejor medidor de la prestación de ayuda. Numerosos estudios han señalado cómo el apoyo que recibe la persona cuidadora está relacionado con la propia percepción de la salud, siendo esta percepción mejor o peor en función de la ayuda recibida.

Entre las actuaciones a desarrollar por el Servicio Andaluz de Salud para favorecer la equidad, reconocer y facilitar la labor de la cuidadora familiar, se propone la puesta en marcha de una serie de **medidas de discriminación positiva** dirigidas a personas **cuidadoras de grandes discapacitados**. Estas medidas se dirigen fundamentalmente a aspectos relacionados con el acceso diferenciado a los profesionales y a la gestión de trámites administrativos sin la intervención de la cuidadora. Estos dos aspectos aparecen en un porcentaje elevado en las encuestas de satisfacción de los usuarios como aspectos a mejorar por parte de los Centros y pueden resultar muy útiles como indicadores de calidad en la atención dispensada.

Entre los objetivos de las enfermeras gestoras de casos se encuentra el siguiente: Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras
Entre las actividades que van a llevarse a cabo para lograr este objetivo, la Enfermera Gestora de Casos en AP van a ofertar a las personas cuidadoras familiares de los pacientes atendidos en su domicilio formación específica a través de la organización de talleres “a medida”, pudiéndose contar con la colaboración de profesionales de otros niveles y sectores: ONGs, asociaciones..

Las medidas aquí propuestas se dirigen a las personas cuidadoras y al paciente al que cuidan y han de ser socialmente aceptables de tal forma que no generen rechazo ni en los profesionales ni en el conjunto de la población usuaria de los servicios sanitarios.

Las Gerencias de los Hospitales y las Direcciones de los Distritos de Atención Primaria deben ser los impulsores para la puesta en marcha de estas medidas, asegurando además la transmisión correcta de la información y la sensibilización de todos los profesionales implicados en el proceso.

Deben también explorar otras Áreas susceptibles de mejora no recogidas en este documento y ponerlas a disposición de todo el SSPA mediante comunicación a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

VALORACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA "PERSONA CUIDADORA DE GRAN DISCAPACITADO"

Para la inclusión de las personas cuidadoras en este Plan, debe valorarse no sólo a la cuidadora sino también al paciente definido como "gran discapacitado".

Criterios para la identificación del paciente con gran discapacidad:

- Paciente con altos niveles de dependencia para el cuidado (higiene, alimentación cambios posturales, eliminación,...) que recae en las personas cuidadoras.
- Paciente con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado.
- Deterioro cognitivo grave.

  En la valoración del paciente, la puntuación del test de Pfeiffer debe ser mayor o igual a 5 y/ó la del Miniexamen Cognoscitivo (MEC-35 y MEC-30) debe ser menor o igual a 20.

  En la valoración del paciente, la puntuación del Índice Barthel debe ser menor de 60 y/ó el Índice de Katz grados E-G (4 - 6 puntos)

Criterios para la identificación e inclusión, en su caso, de la persona cuidadora en el Plan:

Los criterios que han de cumplir las personas cuidadoras hacen referencia tanto a la situación en la que se desarrolla el cuidado, a la percepción que ellas tienen del cuidado que realizan y el esfuerzo que les supone. Estos criterios deben darse de manera simultánea junto con los que se han descrito para el paciente.

Los criterios que se han establecido para las personas cuidadoras son:

Referidos a la **situación**:
- Convivir en el domicilio de la persona que cuida o pasar más de 10 horas al día en el mismo aunque no resida en él.
- Asumir la responsabilidad principal de la atención de forma permanente
- No recibir remuneración económica por los cuidados del paciente

Referidos a la **percepción** y el **esfuerzo** del cuidador:
- Alto nivel de sobrecarga de la persona cuidadora. En la valoración, el índice de esfuerzo del cuidador debe ser mayor o igual que 7 puntos.
- Apoyo social percibido o funcional. En la valoración, el Cuestionario DUKE–UNC 11- debe ser menor a 32 puntos.

Criterios de exclusión del Paciente:

- Desaparición de los criterios establecidos para su inclusión como gran discapacitado.
- Exitus del paciente.
- Ingreso en una Institución o Residencia.

Criterios de exclusión de la Persona Cuidadora:

- Desaparición de los criterios establecidos para su inclusión.

Comisión de evaluación del Plan de Atención a las Personas Cuidadoras Familiares en Andalucía

Para la valoración y la inclusión en este Plan de las cuidadoras de grandes discapacitados identificadas en cada Centro de Salud se crea una Comisión específica para evaluar las propuestas derivadas por los profesionales del centro.

Esta Comisión estará formada por el adjunto de enfermería, el director del centro de salud, la enfermera gestora de casos en A. P. y, en su caso, por el trabajador social de referencia del centro. Puede incorporarse algún otro profesional cuya presencia ayude al mejor funcionamiento del plan (p. ej. personal de la Unidad de Atención al Usuario)

Objetivos:

- Valoración de las personas cuidadoras propuestas para su inclusión en el Plan.
- Garantizar la prestación del servicio en los términos definidos en este documento.
- Medir el grado de satisfacción de las personas cuidadoras incluidas en el Plan, recoger sus sugerencias, valorarlas y en su caso incluirlas en el Plan.
- Enviar al Distrito cada seis meses la valoración y situación de desarrollo del Plan.

La captación de la persona cuidadora susceptible de recibir esta prestación podrá ser realizada por cualquier miembro del EBAP mediante un informe que presenta a la Comisión que recoja todos los ítems establecidos anteriormente.

La Comisión se reunirá siempre que existan solicitudes de inclusión a evaluar y será esta Comisión la responsable de decidir la inclusión de la persona cuidadora en este Plan.

Así mismo, será esta Comisión la que valore además de las inclusiones las posibles exclusiones por cambios en la situación tanto del paciente como de la persona cuidadora, haciendo llegar a las Unidades de Atención al Usuario la notificación tanto de la inclusión de nuevas cuidadoras como las de finalización de la identificación como tal, para que esta Unidad proceda a colocar el adhesivo o retirarlo en su caso.

La enfermera del Hospital podrá derivar igualmente propuestas de nueva captación a la enfermera de familia a través del Informe de Continuidad de Cuidados.

El seguimiento de la persona cuidadora se llevará a cabo por la enfermera de familia de la misma que se encargará de realizar una reevaluación cada 6 meses para la permanencia de ésta dentro del programa. Si se producen cambios en los criterios de inclusión en el programa, para el paciente o la persona cuidadora, se procederá a realizar la baja. Se comunicará a la persona cuidadora la baja en el programa, una vez que la baja sea efectiva, se procederá a anular su registro en la base de datos.

PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE GRANDES DISCAPACITADOS

Es necesario que las personas cuidadoras sean correctamente valoradas para su identificación como “persona cuidadora de gran discapacitado” para articular estas medidas y poner en marcha actuaciones que mejoren su accesibilidad al sistema de salud y facilite la prestación de servicios para ella y el paciente que cuida.

Con este fin se utilizará un adhesivo en la Tarjeta Sanitaria con una leyenda tipo: "**Persona Cuidadora de gran discapacitado**", un número único de seis dígitos que servirá para la identificación y localización de la persona cuidadora en la base de datos y el nombre del programa bajo el que se enmarca dicha tarjeta. La mención del programa ayudará a justificar la discriminación positiva obtenida por las personas cuidadoras. Este sistema de fácil realización e implantación facilita la expedición de las identificaciones, ya que otros sistemas (caso de tarjetas nominales) llevarían una logística más compleja en todos los Centros de Salud y Consultorios.

La identificación en cada tarjeta se realizaría por las Gestorías de Usuarios y/ó las Unidades de Atención al Usuario de los Centros de Salud, una vez recibida la información de la Comisión creada para tal fin.

Para la gestión de esta prestación se ha creado una base de datos centralizada.

Dicha base recogerá los siguientes datos:
- Fecha de inclusión en el programa
- Número de identificación
- Centro de salud
- Nombre de la persona a la que cuida.
- Tiempo que tendrán la persona a su cargo[7]
- Fecha y motivo de exclusión

En Diraya se creará un icono específico para "Persona Cuidadora de gran discapacitado" para poder establecer las citas y recoger los datos en la historia de salud de estas personas.

Debido a las características y evolución clínica de los enfermos identificados como grandes discapacitados, el Centro de Salud es el lugar de referencia y sin duda donde en más ocasiones tiene que acudir la persona cuidadora de un gran discapacitado para cualquier trámite o consulta que necesite. Por este motivo tiene que convertirse en un lugar de fácil acceso para ellas y que le facilite los cuidados.

Con estas acciones lo que se pretende es que la persona cuidadora perciba ayuda por parte del personal, lo que redunda en una mejor percepción de los servicios para su familiar y para sí misma.

MEDIDAS A IMPLANTAR Y A DESARROLLAR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA

EN EL CENTRO DE SALUD:

a) Gestión de consultas:

- **Prioridad** para las personas cuidadoras de grandes discapacitados en las consultas médicas y enfermeras: Ante la demanda de cita para ser atendida en consulta por cualquier profesional del centro, se deberá priorizar el acceso de manera diferenciada a estas personas, aunque el profesional solicitado no tenga cita en la agenda (cuando la persona cuidadora solicite una cita en el servicio de atención al usuario y no pueda asignársele dicha cita, el personal administrativo a cargo contactará telefónicamente con el profesional del equipo solicitado por la persona cuidadora para informarle de que la remite a consulta para que sea atendida de manera preferente por el profesional).

- Las Unidades de Trabajo Social deberán atender de forma diferenciada a las personas cuidadoras a fin de extender las redes de apoyo familiar de ésta para prevenir su aislamiento y fomentar la ayuda.

- Las Unidades de Atención al Usuario deberán tener presente que las citas tanto para el paciente como la persona cuidadora deberán enmarcarse en el llamado **acto único**, procurando siempre que sea posible que las citas que se soliciten sean resueltas en el mismo centro y el mismo día.

b) Gestión de recetas de fármacos:

- Las recetas de largo tratamiento (para persona cuidadora o paciente) deberán estar preparadas en la fecha correspondiente (según la duración del tratamiento prescrito) para poder ser recogidas en cualquier momento en la Unidad de Atención al Usuario, sin necesidad de pedir cita para consulta médica.

[7] Sólo para el caso de cuidadoras de personas que roten por varios domicilios a lo largo del año. La identificación se inactiva pasado el periodo identificado a priori, pudiendo modificarse en su caso.

- El médico de familia incluirá de forma preferente en el programa receta XXI donde estén disponible los tratamientos de larga duración tanto del paciente como de la persona cuidadora.

- Las recetas que requieran visado serán gestionadas por el Centro, evitando que la persona cuidadora tenga que acudir al mismo en más de una ocasión para realizar este trámite.

- Cada enfermera y cada médico deberán llevar las recetas de sus pacientes y personas cuidadoras cuando realicen la visita domiciliaria a éstos, evitando así algunos desplazamientos al centro de la persona cuidadora, sin ningún valor añadido.

c) Gestión del material necesario para los cuidados a domicilio:

- La Unidad de Atención al Usuario del centro de Atención Primaria se encargará de la gestión completa del material ortoprotésico necesario para la persona cuidadora incluida en el programa y para el paciente al que cuida. La petición del material se realizará a través de su médico, trabajador social, enfermera de familia o enfermera gestora de casos en A. P. en su caso.

- El material necesario para los cuidados del paciente en el domicilio procedente del centro se facilitará por la enfermera cuando realice la visita domiciliaria, de manera reglada.

- La enfermera gestora de casos será el referente entre los centros de salud y Hospitales en los trámites que requieran un desplazamiento de la persona cuidadora, como puede ser la solicitud de prestaciones de nutrición, de material ortoprotésico o de cualquier otro tipo, que requiera de coordinación con diferentes servicios del Hospital.

d) Consultas a los especialistas para personas cuidadoras.

Es importante sensibilizar a los facultativos de Atención Primaria para que a las personas cuidadoras incluidas en el programa se les priorice la atención sobre todo en aquellas patologías que repercuten de manera directa en la tarea del cuidado, que además se han constatado que en numerosas ocasiones se desencadenan o agravan por dicha tarea (problemas osteoarticulares, emocionales...). Otro factor importante para la derivación es, como se ha señalado anteriormente, que en numerosas ocasiones el cuidado recae sobre una sola persona, por lo que cuando ésta enferma, la atención al paciente y el entorno familiar se alteran.

EN EL DOMICILIO

La modalidad de atención deberá ser preferentemente en el domicilio del paciente, incluida la atención a niños con gran discapacidad.

EN ATENCION ESPECIALIZADA

Las condiciones físicas y mentales en las que se encuentran estos pacientes hacen que la asistencia al Hospital o centro de especialidades suponga en muchas ocasiones un trastorno importante para él y para la persona cuidadora por el traslado, largas esperas, alteración de horarios, petición de permisos en el trabajo, ausencia prolongada del hogar, etc.

Es por ello por lo que la correcta articulación de estas medidas en el ámbito Hospitalario es fundamental para mejorar la asistencia a pacientes y personas cuidadoras. Estas medidas son:

- Coordinar las citas y pruebas complementarias para persona cuidadora y paciente en un mismo día, tanto en las Consultas Externas de los Hospitales como en los Centros de Especialidades. Se establecerán puntos específicos en las Unidades de Atención al Usuario donde la persona cuidadora familiar de gran discapacitado pueda dirigirse para la gestión de citas.

- Establecer un circuito preferente que de prioridad al traslado de estos pacientes en el servicio de ambulancia, para ello, se establecerán puntos específicos en Admisión de Urgencias donde la persona cuidadora familiar de gran discapacitado pueda dirigirse.

- Ubicar al paciente (gran discapacitado) en una habitación cerca del control de Enfermería, para facilitar el acceso del personal en los periodos de ausencia de la persona cuidadora.

- Facilitar desde las plantas de Hospitalización el descanso de la persona cuidadora, fomentando el que no permanezca las 24 horas en el Hospital, evitando así la sobrecarga que esto supone. Se conocerá la franja horaria en la que la persona cuidadora se va a ausentar y se dejará constancia en los registros de enfermería.
  Debe proporcionarse una información clara y eficaz que favorezca la tranquilidad de la persona cuidadora durante su ausencia, reforzando el papel de las enfermeras como profesionales del cuidado. Para ello, se facilitará a la cuidadora el teléfono directo de la Unidad y nombre de las enfermeras que siguen al paciente durante los turnos en los que se va a producir la ausencia de la cuidadora. Se registrará el teléfono de la cuidadora para contactar con ella, con la periodicidad pactada, en caso de cambios importantes en el estado de salud del paciente.

- Las enfermeras y auxiliares de enfermería deben también valorar en las personas cuidadoras las aptitudes y experiencia previa para el cuidado del paciente y hacerlas partícipes de los cuidados que se les proporcionan y van a continuar necesitando en sus domicilios.

- Cuando sea necesario (nuevas cuidadoras, problemas específicos de nueva aparición...) se realizará la planificación anticipada del alta con la persona cuidadora, implicando a estas en el cuidado del paciente y facilitando su aprendizaje en relación con los cuidados que deberán continuar en el domicilio.

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN EN LOS CENTROS DE SALUD

Se asignará un número determinado de identificaciones por Centro de Salud que serán distribuidas de forma paulatina a medida que se vayan valorando e identificando, en su caso, a las personas cuidadoras de grandes discapacitados.

Las personas cuidadoras que mantienen su actividad como tales más allá de 2 años se pueden estimar sobre el 50% de las personas cuidadoras de la población diana de los pacientes de Atención Domiciliaria, aproximadamente 125.000 cuidadoras.

Se ha estimado que el 40% de las personas cuidadoras lo son de grandes discapacitados; esto supone aproximadamente 50.000 personas cuidadoras. Por tanto se completará el número de identificaciones hasta llegar a esta cifra en el periodo 2005-2008.

ANEXO
COMISIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ÁREA

ÍNDICE

1. Introducción
2. Funciones
3. Objetivos
4. Estructura
    4.1 Organización y dependencia funcional
    4.2 Miembros de la Comisión
    4.3 Mecanismos de comunicación
5. Cartera de Clientes
    5.1 Clientes Externos
    5.2 Clientes Internos
6. Evaluación
    6.1Indicadores

1. INTRODUCCIÓN

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria como puerta de entrada de los usuarios al sistema y Atención Hospitalaria como apoyo y complemento de la Atención Primaria, necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la continuidad de cuidados de enfermería entre ambos niveles ha sido un reto para los diferentes servicios de salud con distintos resultados.

La continuidad de cuidados de enfermería está integrada fundamentalmente por tres elementos:

- Personas
- Entorno
- Información

La continuidad asistencial precisa que en todo momento la información sobre el paciente y/ó personas cuidadoras esté disponible y sea fácilmente transferible de unos profesionales sanitarios a otros, centrando toda la organización de los centros y servicios en las personas a las que atienden y no en su entorno.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el marco de la Gestión por Procesos ofrece, un potencial en la horizontalización de la atención sanitaria, donde resulta imprescindible la visión integral de todos los componentes y actuaciones del proceso, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre el usuario y constituye, por tanto, una forma idónea para favorecer la continuidad.

Por otro lado, el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud con sus centros asistenciales, favorece la eliminación de cualquier barrera en la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Hospitalaria mediante la incorporación de aspectos que persiguen por un lado una visión continuada de la atención al ciudadano y por otro un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre Distritos y Hospitales.

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área como queda recogida en el Contrato Programa entre el SAS y sus centros asistenciales, es uno de los elementos a desarrollar en todas las Áreas para la mejora de la continuidad asistencial.

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área, integrada por enfermeras de ambos niveles asistenciales y de diferente ámbito de responsabilidad, incorpora al organigrama funcional de los centros un elemento que va a permitir trabajar para favorecer la continuidad asistencial.

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área ha de trabajar para organizar el intercambio efectivo de información que requiere la continuidad de cuidados de enfermería entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales ofreciendo instrumentos que faciliten el flujo de información interniveles y favorezca la mejora de la práctica clínica de las enfermeras. De esta manera se minimizan las duplicidades, omisiones y contradicciones en la transmisión de la información de las enfermeras de ambos niveles asistenciales,

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área ha de facilitar el abordaje de la continuidad de cuidados de enfermería de forma estandarizada para un grupo de pacientes con necesidades similares.

Este enfoque beneficia, entre otros, a los grupos de pacientes identificados como vulnerables y que conforman una población diana prioritaria, como son:

- Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes.
- Pacientes inmovilizados.
- Ancianos dependientes y/ó en riesgo de dependencia.

- Pacientes y/ó familiares con manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de conocimientos, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, pacientes con nivel de dependencia / suplencia alto.
- Pacientes y/ó personas cuidadoras con afrontamiento inadecuado de su situación de salud
- Pacientes que han sido intervenidos de cirugía de corta estancia y de cirugía mayor ambulatoria (CMA)
- Pacientes con trastorno mental grave.
- Además de éstos, la continuidad de cuidados deberá garantizarse en todos los procesos asistenciales integrados que entre el Hospital y Distrito se implanten.

Por tanto la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área se entiende como un instrumento válido para mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre AP y AH, y viceversa, introduciendo elementos basados en la mejor evidencia posible e integrando recursos para mejorar los resultados en la atención a los pacientes, especialmente en los más vulnerables.

2. FUNCIONES

- Organizar los canales de comunicación necesarios para garantizar la continuidad de cuidados de enfermería interniveles asistenciales.
- Coordinar la normalización de la práctica clínica enfermera para disminuir su variabilidad.
- Constituirse como instrumento de análisis de calidad y mejora permanente en el Área de los cuidados.

3. OBJETIVOS

General

- Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería entre los distintos niveles asistenciales.

Específicos

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área deberá especificar y desarrollar los canales de comunicación necesarios para la continuidad de cuidados de enfermería, diseñando y estableciendo los mecanismos pertinentes para la implantación del Informe de Continuidad de Cuidados estandarizado y bidireccional en ambos niveles asistenciales. Estos canales han de incluir:

- Informe de continuidad de cuidados enfermeros al alta desde Hospitales a Atención Primaria.

- Informe de continuidad de cuidados enfermeros al ingreso programado desde Atención Primaria a Hospitales.

- Desarrollar Guías de Actuación Compartida sobre cuidados enfermeros en pacientes con especiales necesidades de cuidados.

- Trasladar, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial, a las Unidades de Atención al Usuario, y otros servicios implicados en la continuidad de cuidados de enfermería de ambos niveles asistenciales las medidas que se vayan estableciendo.

- Establecer vías de comunicación ágiles para favorecer la continuidad de cuidados enfermeros al alta, mediante contacto con la enfermera de familia del paciente durante la estancia de éste en el Hospital.

- Acordar los mecanismos de contacto entre las enfermeras que atiendan al mismo paciente en AH / AP.

- Establecer objetivos para cada grupo de pacientes que garanticen la equidad en el abordaje de estos. Es decir, ofrecer a cada paciente aquellas intervenciones que necesita en función de su proceso o de la tipología a la que pertenezcan.

- Identificar problemas en la continuidad de cuidados enfermeros y propuesta de acciones de mejora, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial.

- Desarrollar estrategias para la continuidad de cuidados de enfermería contando con las nuevas tecnologías puestas en marcha en los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) como el "*Plan de telecontinuidad de cuidados"*

- Desarrollar programas de formación conjunto para las enfermeras de ambos niveles asistenciales, integrando las acciones a través de la comisión de formación del Área.

4. ESTRUCTURA

4.1 Organización y dependencia funcional

1º. Cada Hospital constituirá al menos una Comisión de Cuidados de Enfermería de Área con todos los Distritos de referencia. Esto puede dar lugar a que un Distrito esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un Hospital de referencia.

Así mismo, si se considera necesario por operatividad, se podrán crear subcomisiones para tratar temas específicos. Dichas subcomisiones dependerán de la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área y tendrán un responsable que será el encargado de elevar a dicha Comisión los acuerdos alcanzados, para posteriormente ser trasladados a la Comisión de Continuidad Asistencial, donde quedará radicada la toma de decisiones.

En los Hospitales que dispongan de dispositivos de Salud Mental se ha de crear una subcomisión para la mejora de la coordinación de los cuidados de enfermería de los pacientes en salud mental integrada por:

- Una enfermera de cada Dispositivo de Salud Mental:
    - Una enfermera de uno de los Equipos de Salud Mental del Distrito.
    - Una enfermera de la Comunidad Terapéutica.
    - Una enfermera de la Unidad de Rehabilitación del Área (URA)
    - Una enfermera de la Unidad de Hospitalización
    - Una enfermera de la USMI-J

- Una enfermera de familia de un Distrito.
- Una enfermera de Pediatría de referencia, donde se Hospitalicen los niños con trastornos de salud mental.

2º. La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área la compondrán:

- 1 presidente, 1 secretario, que deberán ser los Directivos Enfermeros de más alta responsabilidad de los Distritos y Hospitales que la compongan y que alternarán la responsabilidad del cargo periódicamente.

- 6 a 10 vocales, que serán nombrados por los Directivos Enfermeros del Hospital y del Distrito, de forma que esté compuesta por similar número de miembros de Atención Primaria que de Atención Hospitalaria.

3º. El presidente y el secretario no podrán delegar en ningún otro miembro. El presidente tendrá la responsabilidad de la convocatoria de reuniones. El secretario será el garante de la elaboración de las actas y de la emisión de los informes de la comisión.

4º. La Comisión dependerá funcionalmente de los responsables de enfermería del Hospital y Distrito a los que pertenezca dicha Comisión. Estos garantizarán la constitución de las mismas, y elevarán a la Comisión de Continuidad Asistencial los informes y conclusiones que se deriven de los acuerdos de estas.

5º. La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área debe facilitar la formación de grupos de mejora que analicen los informes emitidos por la misma y propongan estrategias para la resolución de problemas.

6º. Será responsabilidad de cada comisión desarrollar una programación que contemple el calendario de trabajo, los objetivos específicos, el período de rotación de sus componentes, la ampliación de los grupos de pacientes vulnerables a incluir y la difusión del trabajo realizado y acordado en el seno de la Comisión de Cuidados de Enfermería al resto de las enfermeras de AP y AH. Se aconseja al menos una reunión bimensual.

7º. Los componentes de la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área deben asumir un compromiso con su funcionamiento y resultados.

8º. Cada miembro vocal de la Comisión se nombrará para un período máximo de 4 años.

4.2 Perfil de los miembros de la Comisión

Las enfermeras que formen la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área deben tener experiencia y conocimiento en alguno de los siguientes campos:

- Área asistencial de Hospitalización
- Circuito ambulatorio de Hospitalización
- Área de gestión de Cuidados
- Área asistencial de Atención Primaria
- Gestión de casos
- Área de Consultas externas y pruebas complementarias asistenciales
- Área de Dispositivos asistenciales de Salud Mental (en caso de no tener creado subcomisión específica de salud mental)

4.3 Mecanismos de Comunicación

4.3.1 Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería:

Uno de los elementos de comunicación fundamental es el que se realiza a través de los informes de continuidad de cuidados. El ICCE es un documento con carácter bidireccional, ya que aunque es especialmente necesario al alta Hospitalaria, también deberá emitirse en aquellos casos en que la enfermera de familia de referencia o enfermera gestora de casos en A. P. considere necesario por la situación que presente el paciente y cuando se conozca el ingreso de éste. Actualmente esto sólo es posible en los casos de ingresos de cirugía programada.

Es necesario establecer garantías en esta materia:

- Las Enfermeras Supervisoras junto con las Direcciones de Enfermería serán los garantes de que el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) llegue a Atención Primaria y en este nivel serán los Adjuntos de enfermería quienes garanticen su entrega a la enfermera de familia de referencia del paciente

- Deberán estar operativos al menos una de estas dos vías de comunicación para la derivación de informes de ingresos y altas:

    - Vía correo electrónico: desde la unidad de Hospitalización al centro o consultorio de referencia.
    - Vía Fax: desde la unidad de Hospitalización o zona administrativa más próxima al centro o consultorio de referencia.

El informe deberá contener la siguiente información:

	Pacientes generales	Pacientes de grupos vulnerables
Impreso triplicado autocopiable o mecanizado con tres copias	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración durante la estancia	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración al Alta	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Grado de cumplimiento de objetivos y/ó Criterios de Resultado al Alta	RECOMENDABLE	RECOMENDABLE
Intervenciones principales realizadas en paciente y familia	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Clasificación del nivel de dependencia del paciente al alta	OPCIONAL	RECOMENDABLE
Observaciones que afecten a la continuidad para la enfermera que recepcione el informe.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Recomendaciones y plan de cuidados de enfermería al alta para la familia / paciente	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Nombre, firma y vía de acceso a la enfermera referente del paciente.*	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Problema por el que ingresa en el Hospital	OPCIONAL	RECOMENDABLE

* Además de dejar constancia del nombre y vía de acceso a la enfermera referente, se recogerá en el informe el nombre y firma de la enfermera que se encontrase de turno en caso de ausencia de la enfermera referente.

Los plazos para la remisión de informes son los que se detallan a continuación:

TIPO DE PACIENTE	**HOSPITAL**		**ATENCIÓN PRIMARIA**	
		Procedimiento		Procedimiento
Pacientes dados de alta sin criterios de vulnerabilidad	Plazo máximo de remisión informe: **48 horas**	Informe de continuidad de cuidados enfermeros	Plazo máximo de respuesta: **24 horas tras la recepción del informe**	Contacto telefónico y/ó visita domiciliaria
Pacientes con criterios de vulnerabilidad recogidos en la cartera de servicios de la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área	Plazo máximo de remisión: **24 horas**	Informe de continuidad de cuidados enfermeros y contacto telefónico con centro de salud (opcional)	Plazo máximo de respuesta: **24 horas tras la recepción del informe**	Contacto telefónico y/ó visita domiciliaria

4.3.2 Guías de Actuación Compartida (GAC):

La GAC, tal como se referencia en anexo adjunto a este Contrato Programa, es un instrumento que orienta a las enfermeras en la toma de decisiones en situaciones específicas relacionadas con la continuidad de cuidados interniveles.

4.3.3 Cuaderno de Continuidad de Cuidados (CCC):

Con mucha frecuencia, los pacientes frágiles y vulnerables reciben atención de diferentes dispositivos. Para mejorar la continuidad de los cuidados en este tipo de pacientes se desarrolla el CCC. Con el mismo, se pretende reunir en un solo documento, que porte el paciente, la información de mayor relevancia en su estado de salud y en su caso el de la persona cuidadora, debiendo ser consultado y actualizado cada vez que entre en contacto con los servicios sanitarios.

Una adecuada cumplimentación del CCC permitirá conocer en poco tiempo un resumen de la situación de salud de paciente y cuidadora y por tanto, los aspectos necesarios para un adecuado abordaje por parte de los distintos profesionales.

La correcta utilización en ambos niveles de atención del CCC se potenciará desde las Comisiones de Cuidados de Enfermería de Área.

4.3.4 Telecontinuidad de cuidados: Seguimiento telefónico al alta

El Plan de Telecontinuidad de cuidados de enfermería mediante seguimiento telefónico de pacientes frágiles dados de alta desde las Unidades de Hospitalización durante los fines de semana y festivos es un elemento de innovación y mejora continua desarrollado por el Servicio Andaluz de Salud

Este Plan consiste en realizar un seguimiento telefónico proactivo a pacientes frágiles con el objetivo de:

- Identificar y captar a la población diana en las unidades de Hospitalización antes del alta.
- Prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de Hospitalización.
- Mejorar la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de Hospitalización.
- Priorización de visitas domiciliarias en Atención Primaria.

5. CARTERA DE CLIENTES

5.1 Clientes externos:

Personas con al menos uno de los siguientes Diagnósticos Enfermeros:

- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la integridad cutánea, con especial atención a úlceras de decúbito, úlceras vasculares, heridas que precisan cuidados de forma continuada.
- Falta de conocimiento sobre el proceso de enfermedad.
- Déficit de autocuidados.
- Aislamiento social.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Incumplimiento de tratamiento.
- Confusión aguda o crónica.
- Afrontamiento familiar inefectivo / incapacitante / comprometido.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Deterioro de la adaptación.
- Incontinencia urinaria.
- Aislamiento social.
- Lactancia materna ineficaz.
- Duelo anticipado.
- Deterioro del patrón del sueño.

Y/ó pacientes incluidos en uno o varios Procesos Asistenciales:

- Ataque Cerebro Vascular.
- Atención al Paciente Pluripatológico.
- Cuidados Paliativos.
- VIH-SIDA.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Fractura de Cadera en el anciano.
- Ansiedad / depresión / somatizaciones.
- Trastorno mental grave.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de cérvix. Cáncer de útero.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer de piel.

Y/ó para personas en otras situaciones de salud:

- Intervención Hospitalaria ambulatoria (CMA, pruebas funcionales)
- Tratamiento oncológico. Quimioterapia / Radioterapia.
- Alta dependencia de cuidados.
- Dificultad para el acceso a recursos para el cuidado.
- Reingresos frecuentes.

De forma genérica, pacientes con problemas de autonomía y necesidades de cuidados enfermeros al alta Hospitalaria.

5.2 Clientes Internos

- Enfermeras de Familia.
- Enfermeras clínicas de Atención Hospitalaria.
- Enfermeras gestoras de casos.
- Enfermeras de Salud Mental.
- Gestores de Cuidados.
- Unidad de Atención al Usuario. Gestorías de Usuarios
- Médicos de Familia.
- Médicos Hospitalarios.
- Trabajadores sociales.
- Fisioterapeutas.
- Matronas.
- Terapeutas ocupacionales.
- Otros servicios implicados en la continuidad asistencial

6. EVALUACIÓN

Los Directivos Enfermeros evaluarán los resultados de la misma a través de las actas e informes emitidos. Se realizarán un mínimo de 6 reuniones anuales.

La Comisión de Cuidados de Enfermería del Área deberá disponer de un cronograma de trabajo para el año en curso.

La Comisión de Cuidados de Enfermería del Área elaborará una Memoria anual que deberá recoger los elementos de mejora para la continuidad de cuidados de enfermería puestos en marcha desde la misma, los objetivos propuestos para el año en curso y los resultados obtenidos.

La Comisión de Cuidados de Enfermería del Área deberá disponer de información sobre:

- Número de reuniones realizadas constatadas con acta.
- Número de guías, procedimientos, protocolos conjuntos elaborados e implantados

- Atención Hospitalaria. Con periodicidad mensual:
  - Número de informes de continuidad de cuidados enfermeros emitidos.
  - Número de informes de ingresos programados recibidos desde Atención Primaria.
  - Número de pacientes incluidos en el Plan de Telecontinuidad de Cuidados: Seguimiento Telefónico al Alta y Prevención e Intervención ante Temperaturas Extremas

- Atención Primaria. Con periodicidad mensual:
  - Número de informes al alta recibidos desde el Hospital.
  - Número de informes de ingresos programados enviados al Hospital.
  - Número de pacientes incluidos en el Plan de Telecontinuidad de Cuidados: Seguimiento Telefónico al Alta y Prevención e Intervención ante Temperaturas Extremas

6.1Indicadores

Informe de continuidad de cuidados enfermeros ICCE:

- **Informes emitidos:**
  - Número de ICCE emitidos por AH
  - Número de ICCE emitidos por AP
  - Número de ICCE emitidos por AH antes de 24 h. del alta
  - Número de ICCE emitidos por AP antes de 24 h del ingreso
  - Nº de pacientes incluidos en el Plan de Telecontinuidad de Cuidados: Seguimiento Telefónico al Alta y Prevención e Intervención ante Temperaturas Extremas
- **Informes recibidos**
  - Número de ICCE recibidos por AH
  - Número de ICCE recibidos por AP
  - Número de ICCE recibidos por AH en las 24 h. siguientes al ingreso

Actividades de Formación conjunta por enfermeras de Atención Primaria y enfermeras de Atención Hospitalaria.

Memoria que incluya el tipo de actividades conjuntas realizadas entre las Enfermeras de Atención Primaria y Enfermeras de Atención Hospitalaria, objetivos de estas y número de participantes.

ANEXO
INSTRUCCIONES SOBRE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A CENTROS PÚBLICOS DEL SNS FUERA DE ANDALUCÍA EN EL MARCO DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado fundamentalmente a financiar la asistencia sanitaria de pacientes desplazados hacia servicios que, están disponibles en otras Comunidades Autónomas. En este Real Decreto se establecen los criterios y procedimientos que posibilitan la gestión y distribución del fondo de cohesión sanitaria, fijando las actividades cuyo coste será compensado.

El principio de racionalidad económica o eficiencia de los servicios sanitarios requiere que la asistencia sanitaria a pacientes que residen en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que se realice en centros vinculados al Sistema Sanitario Público que están situados fuera de la misma, sólo sea llevada a cabo cuando sean necesarios procedimientos que, o no estén disponibles, o sean manifiestamente insuficientes en el Sistema Sanitario Público de Andalucía; o bien que, por sus características, aunque estén disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, deban ser realizados en centros próximos al lugar de residencia temporal de los pacientes. Además, la mencionada asistencia sanitaria es la contemplada en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud definido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Estas prestaciones se harán efectivas de acuerdo con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En este sentido, se establecen las siguientes instrucciones:

1. Toda solicitud de asistencia sanitaria programada en centros vinculados al Sistema Sanitario Público que están situados fuera de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que se encuadre en los Anexos I y II del Real Decreto 1207/2006 y cuya realización, por lo tanto, puede ser compensada por el Fondo de Cohesión Sanitaria, deberá contar con una autorización expresa y previa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a través de la Subdirección de Programas y Desarrollo, que será solicitada por la Dirección-Gerencia del Hospital peticionario, y estará acompañada de informe clínico, detallado y actualizado, realizado por el facultativo especialista del Sistema Sanitario Público de Andalucía responsable de la asistencia al paciente, en el que se justifique la necesidad de la misma.

   En el informe deben constar claramente:

   - Los datos de identificación del paciente
   - El diagnóstico
   - El tipo de tratamiento o procedimiento a realizar
   - El centro a donde se propone la remisión del paciente

   Así mismo, deben figurar los V^{os}B^{os}, especificados y firmados, de la Jefatura del Servicio o Unidad correspondiente y de la Dirección-Gerencia del Hospital (o cargo directivo en quien delegue).

2. Estas solicitudes de asistencia se tramitarán mediante la aplicación informática del Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO). La codificación se ajustará a lo establecido en este Sistema. Paralelamente se remitirá una copia del modelo de la solicitud de asistencia a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.

3. Toda asistencia sanitaria realizada a pacientes que residan fuera de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para los procedimientos que figuran en los Anexos I y II del Real Decreto 1207/2006 y que, por lo tanto, puede ser compensada por el Fondo de Cohesión Sanitaria, debe ser incluida en la aplicación informática del Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO), ajustándose a la codificación establecida en el mismo.

Cada vez que sea aceptada la asistencia de un paciente que resida fuera de la Comunidad Autónoma de Andalucía por un centro del Servicio Andaluz de Salud, la cita correspondiente debe ser registrada en el Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO) en un plazo máximo de 10 días desde la aceptación.

4. Cada vez que sea aceptada la asistencia de un paciente que resida fuera de la Comunidad Autónoma de Andalucía por un centro del Servicio Andaluz de Salud, la cita correspondiente debe ser registrada en el Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO) en un plazo máximo de 10 días desde la aceptación.

5. Aquellos centros, servicios y unidades que sean designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo como Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud para determinados procedimientos, serán de elección en el caso de necesidad de derivación de pacientes fuera del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o dentro del mismo, en el caso de que estos procedimientos o centros pertenecieran al Sistema Sanitario Público Andaluz.

ANEXO
SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Se consideran intervenciones quirúrgicas de CMA a las realizadas en un quirófano y que no generan estancia, y a aquellas que se realizan en horario de tarde y se dan de alta durante la mañana del día siguiente. Deben estar contenidas en alguno de los códigos del presente Anexo.

Las intervenciones de CMA se declararán en el CMBD-HDQ y en el SICPRO. En el CMBD, mediante registros individualizados, y en SICPRO, de forma agregada, y en ambos casos, de acuerdo con las instrucciones específicas de cada sistema de información. A continuación se relaciona los códigos y pesos de la CMA

CÓDIGOS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Liberación de túnel.
04.43 Liberación de túnel carpiano.
04.44 Liberación de túnel del tarso.

Escisiones tiroideas parciales.
06.2 Lobectomía tiroidea unilateral.
06.31 Escisión de lesión de tiroides.

Extirpación de lesión importante del párpado o de cualquier lesión con reconstrucción del párpado.
08.23 Escisión de lesión importante de párpado, espesor parcial.
08.24 Escisión de lesión importante de párpado, espesor total.
08.20 al 08.22 y 08.25 + asociado (08.61 al 08.74). Extirpación de cualquier lesión con reconstrucción del párpado (ver códigos asociados)

Operaciones sobre el aparato lacrimal.
09.6 Escisión de saco y conducto lacrimal.
09.8x Fistulización del tracto lagrimal hasta la cavidad nasal.

Trabeculectomía desde el exterior
12.64 Trabeculectomía desde el exterior.

Cirugía del estrabismo.
15.1X Operaciones sobre un músculo extraocular con desprendimiento temporal del globo.
15.21 Procedimiento de alargamiento sobre un músculo extraocular.
15.22 Procedimiento de acortamiento sobre un músculo extraocular.
15.3 Operaciones sobre 2 o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo, uno o ambos ojos.
15.4 Otras operaciones sobre 2 o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos
15.5 Transposición de músculos extraoculares.
16.91+asociado 99.57 Inyección de toxina botulínica retrobulbar.

Cataratas.
13.1X Extracción intracapsular de cristalino.
13.2 Extracción extracapsular cristalino, técnica extracción lineal.
13.3 Extracción extracapsular cristalino, técnica simple aspiración e irrigación.
13.4X Extracción extracapsular cristalino, técnica fragmentación y aspiración.
13.5X Otra Extracción extracapsular de cristalino.
13.6X Otra Extracción de catarata.
13.7X Inserción de cristalino protésico (pseudocristalino).

Vitrectomías.
14.49 Otra indentación escleral con vitrectomía.
14.73 Vitrectomía mecánica por acceso anterior.
14.74 Otra vitrectomía mecánica.

Operaciones sobre oído medio.
19.1X Estepedectomía.

19.4 Miringoplastia.
20.0X Miringotomía.

Intervenciones de pirámide nasal.
21.5 Resección submucosa de tabique nasal (septoplastias).
21.88 Otras septoplastias.
21.6X Turbinectomía.
22.2 Antrotomía intranasal.
22.4X Sinusotomía y sinusectomía frontal.
22.5X Otra sinusotomía nasal.

Extracción quirúrgica de diente.
23.1X Extracción quirúrgica de diente.

Escisión de lesión de maxilar, de origen dentario.
24.4 Escisión de lesión de maxilar, de origen dentario.

Reparación de labio fisurado.
27.54 Reparación de labio fisurado.

Hipertrofia crónica de amígdalas.
28.2 Amigdalectomía sin adenoidectomía.
28.3 Amigdalectomía con adenoidectomía.
28.4 Extirpación resto amigdalino.
28.5 Extirpación de amígdala lingual.
28.6 Adenoidectomía sin amigdalectomía.
28.92 Escisión de lesión de amígdala y adenoides.

Nódulos de cuerdas vocales.
30.09 Otra Escisión o destrucción de lesión o tejido de laringe

Varices de miembros inferiores.
38.59 Ligadura y extirpación de varices de miembros inferiores.
39.92 Inyección de agente esclerosante en vena.

Acceso vascular para hemodiálisis.
39.27Arteriovenostomía para diálisis renal.
39.93 Inserción de cánula de vaso a vaso.

Fisura y fístula anal.
49.04 Otra escisión de tejido perianal.
49.11 Fistulotomía anal.
49.12 Fistulectomía anal.
49.39 Otra escisión local o destrucción de lesión o tejido anal.
49.51 Esfinterotomía anal lateral izquierda.
49.52 Esfinterotomía anal posterior.
49.59 Otra esfinterotomía anal.
49.73 Cierre de fístula anal.

Hemorroides.
49.43 Cauterización de hemorroides.
49.45 Ligadura de hemorroides.
49.46 Escisión de hemorroides.
49.47 Evacuación de hemorroides trombosadas.

Colecistectomía.
51.23 Colecistectomía laparoscópica.
51.24 Colecistectomía parcial laparoscópica.

Extracción endoscópica de cálculos biliares.
51.85 Esfinterotomía y papilotomía endoscópicas.
51.88 Extracción endoscópica de calculo(s) del tracto biliar.

Hernias de la pared abdominal unilaterales o únicas sin injerto ni prótesis.
53.00 Reparación unilateral de hernia inguinal, N. E. O. M.
53.01 Reparación de hernia inguinal directa.
53.02 Reparación de hernia inguinal indirecta.
53.29 Otra herniorrafia unilateral.
53.49 Otra herniorrafia umbilical.
53.51 Reparación de hernia incisional (eventración).
53.59 Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior.

Hernias de la pared abdominal bilaterales y hernias de la pared abdominal unilaterales o únicas con injerto y/o prótesis.
53.03 Reparación de hernia inguinal directa con injerto o prótesis
53.04 Reparación de hernia inguinal indirecta con injerto o prótesis
53.05 Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis, N. E. O. M.
53.1x Reparación bilateral de hernia inguinal.
53.21 Reparación unilateral de hernia crural con injerto o prótesis.
53.3x Reparación bilateral de hernia crural.
53.41 Reparación de hernia umbilical con prótesis.
53.6x Reparación de otra hernia de pared abdominal anterior con injerto o prótesis.

Hernia diafragmática.
44.66 Otros procedimientos para la creación de competencia esfinteriana esofágico-gástrica (fundoplicatura).
53.7 Reparación hernia diafragmática, acceso abdominal.

Cistostomía percutánea.
57.17Cistostomia percutánea.

Resección endoscópica de lesión de vejiga.
57.33 Biopsia (transuretral) cerrada de vejiga.
57.4X Escisión o destrucción transuretral de tejido de vejiga.

Escisión endoscópica o destrucción de lesión o tejido uretral.
58.3X Escisión o destrucción de lesión o tejido uretral.

Liberación de estenosis uretral.
58.5 Liberación de estenosis uretral.

Operaciones sobre uréter.
56.99 Otras operaciones sobre uréter en < de 17 años.
59.8 Cateterismo ureteral.

Biopsia cerrada de próstata.
60.11 Biopsia cerrada (por aguja) (percutánea) de próstata.

Operaciones sobre escroto y túnica vaginal, testículos y cordón espermático.
61.2 Escisión de hidrocele (de túnica vaginal).
61.9X Otras operaciones sobre escroto y túnica vaginal.
62.5 Orquidopexia.
63.1 Escisión de varicocele e hidrocele de cordón espermático.

Esterilización mediante vasectomía.
63.7X Vasectomía y ligadura de conducto deferente.

Fimosis en edad pediátrica.
64.0 Circuncisión.

Operaciones sobre ovarios y trompas (con Extirpación).
65.3X Ooforectomía unilateral.
65.4X Salpingo-ooforectomía unilateral.
65.5X Ooforectomia bilateral.
65.6X Salpingo-ooforectomía bilateral.

Operaciones sobre ovarios y trompas (resto).
65.0X Ooforotomía.
65.11 Biopsia por aspiración de ovario.
65.12 Otra biopsia de ovario.
65.13 Biopsia laparoscópica de ovario.
65.2X Escisión local o destrucción de lesión o tejido de ovario.
65.91 Aspiración ovario.
66.0X Salpingotomía y salpingostomía.
66.11 Biopsia de trompa de Falopio.
66.2X Destrucción u oclusión endoscópica bilateral trompa de Falopio.
66.3X Otra destrucción u oclusión bilateral de trompa de Falopio.
66.7X Reparación de trompa de Falopio.
66.8 Insuflación de trompa de Falopio.

Intervenciones sobre el cuello uterino.
67.11 Biopsia endocervical.
67.12 Otra biopsia cervical.
67.2 Conización.
67.3X Otra Escisión o destrucción de lesión o tejido de cuello uterino.
67.5X Reparación de orificio cervical interno.

Procedimientos diagnósticos sobre el útero y sus estructuras de soporte.
68.15 Biopsia cerrada de ligamentos uterinos.
68.16 Biopsia cerrada de útero.

Miomectomía uterina.
68.29 Otra escisión o destrucción de lesión de útero.

Legrado uterino.
69.0X Dilatación y legrado del útero.
69.5X Legrado por aspiración de útero.

Reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo.
59.3 Plicatura de unión uretrovesical.
59.4 Operación suprapúbica de suspensión (cincha).
59.5 Suspensión uretral retropúbica.
59.6 Suspensión parauretral.
59.7X Otra Reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Hallux valgus y otras deformaciones de los dedos del pie.
77.5X Escisión y reparación de hallux-valgus (juanete) y otras deformidades de los dedos de los pies.

Extracción de material de osteosíntesis.
78.6X Extracción de dispositivos implantados en el hueso.

Artroscopia.
80.2X Artroscopia.

Escisión de menisco de rodilla.
80.6 Escisión de cartílago semilunar de rodilla.

Glanglionectomía y Dupuytren y otras operaciones sobre mano.
82.01 Exploración de vaina tendón mano.
82.02 Miotomía de mano.
82.11 Tenotomía de mano.
82.21 Escisión de lesión de vaina de tendón de mano.
82.31 Bursectomía de mano.
82.33 Otra tenonectomía de mano.
82.35 Otra fasciectomía de mano.
82.39 Otra escisión de tejido blando de mano.
82.71 Reconstrucción de polea de tendón.
82.84 Reparación de dedo en martillo de mano.
82.85 Otra tenodesis de mano (dedo en gatillo, dedo en resorte)
82.89 Otras operaciones plásticas sobre la mano.
82.91 Lisis de adhesiones de mano.

Otras intervenciones sobre tejidos blandos.
83.3X Escisión de lesión de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial.
83.42 Otra tenotomía.
83.44 Otra fasciectomía.
83.5 Bursectomía.
83.91 Lisis de adhesiones de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial.

Tumores benignos de mama.
85.12 Biopsia abierta de mama.
85.20 Escisión o destrucción de tejido de mama, N. E. O. M.
85.21 Extirpación local de lesión de mama.

Quiste pilonidal.
86.21 Escisión de quiste o seno pilonidal.

Extirpación radical de lesión de piel o Extirpación no radical de lesión de piel con Reparación plástica.
86.3 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89] Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo + injerto cutáneo libre (excepto pelo) o + injerto de pedículos o colgajos (excepto Revisión de injerto o colgajo) (ver códigos asociados)
86.4 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89] Extirpación radical de lesión cutánea + injerto cutáneo libre (excepto pelo) o + injerto de pedículos o colgajos (excepto Revisión de injerto o colgajo) (ver códigos asociados)
18.29 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89, 18,79] Escisión o resección de otra lesión del oído externo + injerto cutáneo libre excepto pelo o + injerto de pedículos o colgajos (excepto Revisión de injerto o colgajo) o + reparación plástica de oído externo (ver códigos asociados)
21.32 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89] Escisión local o extirpación de otra lesión de la nariz + injerto cutáneo libre excepto pelo o + injerto de pedículos o colgajos (excepto Revisión de injerto o colgajo) (ver códigos asociados)
27.43 + asociado [27.55 al 27.59] Otra escisión de lesión o tejido de labio + injerto (ver códigos asociados)

Reservorios cutáneos.
86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo asociado a neoplasia (códigos CIE 140.xx a 208.xx)
86.07 Inserción de dispositivo de acceso vascular totalmente implantable asociado a neoplasia (códigos CIE 140.xx a 208.xx)

Operaciones sobre lengua.
25.1 Escisión, destrucción o lisis de lesión de tejido de lengua.

Otras intervenciones sobre hueso.
77.6x Escisión local o lesión de tejido de hueso.

77.8x Otra osteotomía, exéresis o escisión ósea parcial.

Nota: Se considera que un proceso resuelto mediante CMA en horario de tarde no genera ingreso ni estancia alguna si el alta del paciente tiene lugar durante la mañana del día siguiente. Estos procesos no se computarán en INIHOS como cirugía programada con ingreso

RELACION DE PUNTOS GDR DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

PROCESOS CMA	DRG EQUIVALENTE (AP V21.0)	PESO
LIBERACION DE TUNEL	6	0,65
ESCISIONES TIROIDEAS PARCIALES	290	0,938
EXTIRPACION DE LESION IMPORTANTE DEL PARPADO O DE CUALQUIER LESION CON RECONSTRUCCION DEL PARPADO	40	0,6833
OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	40	0,6833
TRABECULECTOMIA DESDE EL EXTERIOR	42	1,0316
CIRUGIA DEL ESTRABISMO	41	0,6329
CATARATAS	39	0,8243
VITRECTOMÍAS	42	1,0316
OPERACIONES SOBRE OIDO MEDIO	55	0,6594
INTERVENCIONES DE PIRAMIDE NASAL	56	0,6965
EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE		0,5000
ESCISION DE LESION DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO	169	0,8303
REPARACION DE LABIO FISURADO	52	1,0846
HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMIGDALAS	60	0,5072
NODULOS DE CUERDAS VOCALES	55	0,6594
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	119	0,8064
ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALÍSIS		
FISURA Y FISTULA ANAL	158	0,597
HEMORROIDES	158	0,597
COLECISTECTOMIA	494	0,8542
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS BILIARES	208	0,6581
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES O UNICAS SIN INJERTO NI PROTESIS	162	0,6769
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES Y HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES O UNICAS CON INJERTO Y/O PROTESIS	160	0,935
HERNIA DIAFRAGMATICA	155	2,017
CISTOSTOMIA PERCUTANEA	329	0,6226
RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION DE VEJIGA	311	0,7576
ESCISION ENDOSCOPICA O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO URETRA	329	0,6226
LIBERACION DE ESTENOSIS URETRAL	313	0,7008
OPERACIONES SOBRE URÉTER	324	0,4008
BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA	349	0,5641
OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TUNICA VAGINAL, TESTICULOS Y CORDON ESPERMATICO	340	0,6042
ESTERILIZACIÓN MEDIANTE VASECTOMIA	351	0,3192
FIMOSIS EN EDAD PEDIATRICA	343	0,3243
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACION)	359	1,1363
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)	361	0,773
INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO	360	0,7594
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE EL UTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE	364	0,6077
MIOMECTOMIA UTERINA	359	1,1363

PROCESOS CMA	DRG EQUIVALENTE (AP V21.0)	PESO
LEGRADO UTERINO	381	0,473
REPARACION DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	356	0,9559
HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE	225	1,1213
EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS ARTROSCOPIA	232	0,7953
ESCISON DE MENISCO DE RODILLA	222	1,0833
GLANGLIONECTOMIA Y DUPUYTREN Y OTRAS OPERACIONES SOBRE MANO	229	0,8376
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE TEJIDOS BLANDOS	227	0,9324
TUMORES BENIGNOS DE MAMA	262	0,7136
QUISTE PILONIDAL	267	0,5277
EXTIRPACION RADICAL DE LESION DE PIEL O EXTIRPACION NO RADICAL DE LESION DE PIEL CON REPARACION PLASTICA	268	0,8217
RESERVORIOS CUTÁNEOS	466	0,4243
OPERACIONES SOBRE LENGUA	169	0,8303
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE HUESOS	229	0,8376

ANEXO
SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HOSPITAL DE DIA MÉDICO

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HOSPITAL DE DIA MÉDICO

Los procedimientos de HDM se declararán en el CMBD-HDM y en el SICPRO. En el CMBD, mediante registros individualizados, y en SICPRO, de forma agregada, y en ambos casos, de acuerdo con las instrucciones específicas de cada sistema de información.

A continuación se relaciona los códigos CIE-9-MC de los procedimientos realizados en HDM y que deben declararse en los mencionados sistemas de información.

Los procedimientos que se realicen en HDM para un paciente ingresado en el mismo Área Hospitalaria no generarán un registro en el CMBD-HDM del Hospital sino que dicha actividad se recogerá únicamente en el CMBD-Hospitalización.

A continuación se relaciona los códigos de HDM

CÓDIGOS DE LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

QUIMIOTERAPIA

Incluye el tratamiento con quimioterapia (código CIE 99.25) para procesos neoplásicos (incluyendo los hematológicos) y no neoplásicos (enfermedades reumáticas, esclerosis múltiple secundaria progresiva,...)

Es obligatorio cumplimentar los dos primeros campos diagnósticos, siendo imprescindible indicar la localización del tumor (códigos CIE comprendidos entre 140.XX y 208.XX) o la enfermedad para la que se indica la quimioterapia.

TERAPIAS CON CORTICOIDES, INMUNOGLOBULINAS O BMR

Incluye el tratamiento administrado en enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, mononeuropatía motora multifocal, miastenia gravis, neoplasias u otras:

- corticosteroides (código procedimiento CIE 99.23)
- inmunoglobulinas (códigos procedimientos CIE 99.13 y 99.14)
- agente modificador de la respuesta biológica empleados como antineoplásicos (BMR) (código procedimiento CIE 99.28) junto con un código diagnóstico de neoplasia (códigos diagnóstico CIE comprendidos entre 140.XX y 208.XX)

RADIOTERAPIA

Incluye el tratamiento con radioterapia (código procedimiento CIE 92.2X) para procesos neoplásicos.

Es obligatorio cumplimentar los dos primeros campos diagnósticos, siendo imprescindible indicar la localización del tumor (códigos CIE comprendidos entre 140.XX y 208.XX)

DIABETES

Incluye el tratamiento para compensación y educación en pacientes:

- embarazadas (Código diagnóstico V65.3 junto a un código diagnóstico CIE 648.83)
- niños (Código diagnóstico V65.3 en menores de 14 años)
- con debut de diabetes mellitus tipo 1 (Código diagnóstico 250.01 + V65.3)
- con diabetes mellitus ya conocida incontrolada (Código diagnóstico 250.X2 ó 250.X3 + V65.3)
- con pié diabético (Código diagnóstico 250.8X + 707.1X + V65.3)

Incluye la adaptación de las bombas de insulina (Código diagnóstico V53.91)

TRAUMATOLOGÍA

Incluye el tratamiento de pacientes con artrosis de rodilla (Código diagnóstico 715.X6 ó 715.X9) con:
- artrocentesis (Código procedimiento CIE 81.91)
- lavado articular (Código procedimiento CIE 81.92 + 81.91)

HEMODIÁLISIS

Incluye el tratamiento con hemodiálisis (Código diagnóstico V56.0 + código de procedimiento 39.95)

VIH

Terapia IV activa y/ó paliativa del VIH

DIGESTIVO

Se incluyen las endoscopias digestivas con los siguientes códigos de procedimiento:

42.22 Esofagoscopia por estoma artificial.
42.23 Esofagoscopia otra.
42.24 Biopsia esófago cerrada [endoscópica]
42.33 Escisión local de lesión de esófago endoscópica (esclerosis de varices esofágicas, ablación neoplasia, polipectomía...)
43.41 Escisión local de lesión de estómago. (Endoscópica)
44.12 Gastroscopia por estoma artificial.
44.13 Gastroscopia otra.
44.14 Biopsia estómago endoscópica por cepillado.
44.43 Control endoscópico hemorragia estomago o duodeno.
45.12 Endoscopia intestino delgado por estoma artificial.
45.13 Esofagogastroduodenoscopia [EGD]
45.14 Biopsia intestino delgado cerrada (endoscópica)
45.16 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia.
45.22 Endoscopia intestino grueso por estoma artificial.
45.23 Colonoscopia flexible.
45.24 Sigmoidoscopia flexible.
45.25 Biopsia intestino grueso cerrada (endoscópica)
45.30 Escisión duodeno local endoscópica.
45.42 Polipectomía intestino grueso endoscópica.
45.43 Escisión intestino grueso local endoscópica otra.
48.22 Rectosigmoidoscopia por estoma artificial.
48.36 Polipectomía recto endoscópica.
49.31 Escisión ano local endoscópica.
51.10 Colangiopancreatografia retrograda endoscópica [CPRE]
52.13 Pancreatografia endoscópica con contraste [PEC]

Se incluyen las paracentesis con el siguiente código de procedimiento:

54.91 Paracentesis.

Se incluyen las biopsias cerradas de hígado, ecodirigidas o no, con el siguiente código de procedimiento:

50.11 Biopsias percutáneas de hígado.

HEMATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA

Incluye las transfusiones de sangre y componentes sanguíneos (concentrado de hematíes, plaquetas, factores de coagulación, expansor sanguíneo, plasma, etc.) con los códigos de

procedimiento CIE 99.0X.

Incluye los estudios diagnósticos (iniciales o de seguimiento) realizados por punción-biopsia de médula ósea con el código de procedimiento CIE9MC 41.31

RESPIRATORIO

Incluye las endoscopias respiratorias con los siguientes códigos de procedimiento:

33.21 Broncoscopia por estoma artificial.
33.22 Broncoscopia flexible.
33.23 Broncoscopia otra.
33.24 Biopsia bronquio cerrada [endoscópica]
33.27 Biopsia pulmón cerrada [endoscópica]

Incluye los estudios de sueño para el diagnóstico del síndrome de apnea del sueño con los siguientes códigos de procedimiento:

89.17 Polisomnograma.
89.18 Otras pruebas funcionales de trastornos del sueño.

UNIDAD DEL DOLOR

Incluye las bombas subcutáneas de analgesia con los siguientes códigos de procedimiento:

86.06 Inserción bomba infusora totalmente implantable.
86.07 Inserción dispositivo acceso vascular totalmente implantable.

Incluye la inyección de agentes analgésicos con los siguientes códigos de procedimiento.

05.32 Inyección de agente neurolítico en nervio simpático.
03.91 Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia.
03.92 Inyección de otro agente en canal espinal.

UROLOGÍA

Incluye la litotricia extracorpórea por ondas de choque con los siguientes códigos de procedimiento:

98.51 Litotricia por ondas de choque extracorporales del riñón, uréter y vejiga.

PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA

Incluye los estudios de electrofisiología cardiaca (estimulación y estudios de registro) de alteraciones del ritmo y la conducción con el código de procedimiento CIE 9 MC 37.26

Incluye los cateterismos cardíacos, la arteriografía coronaria y la angioplastia coronaria con los siguientes códigos de procedimiento:

37.21 Cateterismo corazón lado derecho.
37.22 Cateterismo corazón lado izquierdo.
37.23 Cateterismo corazón combinado lado derecho e izquierdo.
36.01 Angioplastia coronaria transluminal [PTCA] sin trombolisis.
36.02 Angioplastia coronaria transluminal [PTCA] vaso único.
36.05 Angioplastia coronaria transluminal [PTCA] vaso múltiple.
36.06 Inserción stent arterial no coronario sin liberación medicamento.
36.07 Inserción stent arterial coronario con liberación medicamento.
36.09 Eliminación obstrucción arteria coronaria otra.
88.52 Angiocardiografía corazón derecho.
88.53 Angiocardiografía corazón izquierdo.

88.54 Angiocardiografía corazón derecho e izquierdo.
88.55 Arteriografía coronaria con un catéter.
88.56 Arteriografía coronaria con dos catéteres.
88.57 Arteriografía coronaria otra y N.E.O.M.

Incluye la implantación de marcapasos con los siguientes códigos de procedimiento:

00.50 Implantación marcapasos resincronización cardiaca sin desfibrilador.
00.51 Implantación marcapasos resincronización cardiaca con desfibrilador.
00.52 Implantación o sustitución electrodo transvenoso ventrículo izquierdo.
00.53 Implantación marcapasos resincronización cardiaca solo generador.
37.70 Implantación electrodo marcapasos N.E.O.M.
37.71 Implantación electrodo marcapasos ventrículo.
37.72 Implantación electrodo marcapasos aurícula y ventrículo.
37.73 Implantación electrodo marcapasos atrio.
37.74 Implantación electrodo marcapasos epicardio.
37.80 Implantación marcapasos permanente N.E.O.M.
37.81 Implantación marcapasos cámara única N.E.O.M.
37.82 Implantación marcapasos cámara única ritmo sensible.
37.83 Implantación marcapasos cámara doble.

Incluye la sustitución de marcapasos con los siguientes códigos de procedimiento:

37.85 Sustitución cualquier tipo de marcapasos con aparato de cámara única, no especificado como con respuesta en frecuencia.
37.86 Sustitución cualquier tipo de marcapasos con aparato de cámara única, con respuesta en frecuencia.
37.87 Sustitución cualquier tipo de marcapasos con dispositivo de cámara doble.
37.75 Revisión electrodo marcapasos.
37.76 Sustitución electrodo transvenoso en aurícula y ventrículo.
37.79 Revisión o reubicación de receptáculo de marcapasos.

Incluye la implantación y sustitución de desfibrilador con los siguientes códigos de procedimiento:

37.94 Implantación cardioversor/desfibrilador automático [AICD]
37.95 Implantación cardioversor/desfibrilador automático electrodo.
37.96 Implantación cardioversor/desfibrilador generador pulso.
37.97 Sustitución cardioversor/desfibrilador automático electrodo.
37.98 Sustitución cardioversor/desfibrilador generador de pulso.

NOTIFICACIÓN DE HOSPITAL DE DÍA MÉDICO EN SICPRO

A efectos de contabilizar la actividad del Hospital de Día Médico en SICPRO se utilizarán los siguientes apartados:

PROCEDIMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA HEMATOLÓGICA: Hace referencia a los tratamientos con quimioterapia para procesos neoplásicos hematológicos.

Se contabilizarán:
- Sesiones[1] de tratamiento.
- Nº total de pacientes[2] en tratamiento.
- Pacientes nuevos[3] en tratamiento.

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA NO HEMATOLÓGICA: Hace referencia a los tratamientos con quimioterapia para procesos neoplásicos excluidos los hematológicos.

Se contabilizarán:
- Sesiones[1] de tratamiento.
- Nº total de pacientes[2] en tratamiento.
- Pacientes nuevos[3] en tratamiento.

QUIMIOTERAPIA NO ONCOLÓGICA: Hace referencia a los tratamientos con quimioterapia para procesos no neoplásicos (enfermedades reumáticas, esclerosis múltiple secundaria progresiva…)

Se contabilizarán:
- Sesiones[1] de tratamiento.
- Nº total de pacientes[2] en tratamiento.
- Pacientes nuevos[3] en tratamiento.

PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA CON CORTICOIDES, INMUNOGLOBULINAS O BMR

TERAPIA CON CORTICOIDES, INMUNOGLOBULINAS O BMR: Hace referencia a los tratamientos con corticoides, inmunoglobulinas o BMR administrados en enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, mononeuropatía motora multifocal, miastenia gravis, neoplasias u otras.

Se contabilizarán:
- Sesiones[1] de tratamiento.
- Nº total de pacientes[2] en tratamiento.
- Pacientes nuevos[3] en tratamiento.

PROCEDIMIENTOS DE RADIOTERAPIA

RADIOTERAPIA: Hace referencia a los tratamientos con radioterapia para procesos neoplásicos.

Se contabilizarán:
- Sesiones[1] de tratamiento.
- Nº total de pacientes[2] en tratamiento.

---

[1] **Nº de sesiones:** Número total de sesiones realizadas durante el mes para el conjunto de los pacientes, en las que se administra tratamiento con independencia del ciclo al que corresponda dicho tratamiento.
[2] **Nº total de pacientes:** Número total de pacientes en tratamiento en el período de un mes, tanto los que inician tratamiento como los que reciben sesiones sucesivas.
[3] **Paciente nuevo:** Enfermo que es remitido por vez primera en ese mes al Hospital de Día por un nuevo diagnóstico o por una recaída de un diagnóstico anterior ya tratado, para iniciar tratamiento.
[1] **Nº de sesiones:** Número total de sesiones realizadas durante el mes para el conjunto de los pacientes, en las que se administra tratamiento con independencia del ciclo al que corresponda dicho tratamiento.

- Pacientes nuevos[3] en tratamiento.

PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

TRATAMIENTO DE LA DIABETES: Se contabilizará el número de sesiones de tratamiento para la compensación y educación en pacientes diabéticos, incluyendo la adaptación de las bombas de insulina.

PROCEDIMIENTOS EN TRAUMATOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLA: Se contabilizará el número de sesiones de artrocentesis y de lavado articular en pacientes con artrosis de rodilla.

PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS

HEMODIÁLISIS

Se contabilizarán:
- Puestos de hemodiálisis[8].
- Sesiones propias de hemodiálisis[9].
- Sesiones concertadas de hemodiálisis[10].

PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA IV ACTIVA Y/Ó PALIATIVA DEL VIH

TERAPIA IV ACTIVA Y/O PALIATIVA DEL VIH: Se contabilizará el número de sesiones de terapia realizadas independientemente de los productos suministrados en cada sesión.

PROCEDIMIENTOS DE APARATO DIGESTIVO

ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: Se contabilizará el número de endoscopias digestivas con los códigos de procedimiento relacionados en apartado anterior de este Anexo. Las endoscopias realizadas en el mismo acto se contabilizarán como una sola.

PARACENTESIS: Se contabilizará el número de punciones realizadas.

BIOPSIA CERRADA DE HÍGADO: Se contabilizará el número de biopsias percutáneas de hígado, ecodirigidas o no.

PROCEDIMIENTIOS DE HEMATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA

TRANSFUSIONES: Se contabilizarán los actos de transfusión, independientemente de los componentes sanguíneos que se suministren en cada acto. Incluye las transfusiones de sangre y componentes sanguíneos (concentrado de hematíes, plaquetas, factores de coagulación, expansor sanguíneo, plasma, etc.)

BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA: Se contabilizará el número de estudios diagnósticos (iniciales o de seguimiento) realizados por punción-biopsia de médula ósea.

---

[2] **Nº total de pacientes:** Número total de pacientes en tratamiento en el período de un mes, tanto los que inician tratamiento como los que reciben sesiones sucesivas.
[3] **Paciente nuevo:** Enfermo que es remitido por vez primera en ese mes al Hospital de Día por un nuevo diagnóstico o por una recaída de un diagnóstico anterior ya tratado, para iniciar tratamiento.
[8] **Puestos hemodiálisis:** Número máximo de monitores de HD/HF que pueden ser puestos en funcionamiento simultáneamente (incluyendo los llamados "puestos de reserva"). No se incluirán las máquinas de reserva o las empleadas para UVI o trasplante que no puedan ser empleadas en la unidad por carecer de toma de agua, drenaje o de espacio físico.
[9] **Sesiones propias de hemodiálisis**: Se contabilizarán indistintamente hemodiálisis, hemofiltración, hemoperfusión, plasmaseparación y cualquier otro procedimiento de duración similar, realizados a pacientes crónicos en programa. Se excluye la diálisis peritoneal en sus distintas.
[10] **Sesiones concertadas de hemodiálisis**: Número de sesiones de hemodiálisis facturadas por un centro concertado, tanto en la modalidad de club como en la de centro satélite (en la que los facultativos son del Hospital), por el tratamiento de pacientes procedentes del servicio de nefrología del Hospital.

PROCEDIMIENTOS DE APARATO RESPIRATORIO

ENDOSCOPIA RESPIRATORIA: Se contabilizará el número de endoscopias respiratorias con los códigos relacionados en el apartado anterior de este Anexo.

PRUEBAS FUNCIONALES DE TRASTORNOS DEL SUEÑO: Se contabilizará el número de polisomnogramas y de otras pruebas funcionales para el diagnóstico de los trastornos del sueño.

PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR

BOMBAS SUBCUTÁNEAS DE ANALGESIA: Se contabilizará el número de bombas subcutáneas de analgesia colocadas.

INYECCIÓN DE AGENTES ANALGÉSICOS: Se contabilizará el número de actos en los que se han inyectado agentes analgésicos para el tratamiento del dolor.

PROCEDIMIENTOS DE UROLOGÍA

LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE: Se contabilizará el número de sesiones, independientemente del número de disparos efectuados en cada una de ellas.

PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO: Se contabilizará el número de estudios de electrofisiología cardiaca (estimulación y estudios de registro) de alteraciones del ritmo y la conducción realizados.

CATETERISMOS CARDIACOS: Se contabilizará el número de cateterismos cardíacos, arteriografías coronarias y angioplastias coronarias realizadas.

IMPLANTACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES: Se contabilizará el número de implantaciones/sustituciones de marcapasos o desfibriladores.

ANEXO
ESTANCIA MEDIA DE LOS GDRs DEL ESTÁNDAR
(CMBD 2006 V.21.0 All Patients DRGs)

Este estándar está configurado con todas las altas del CMBD de los Hospitales del SAS y de los Hospitales Costa del Sol, Poniente, Alto Guadalquivir, Montilla y San Juan de Dios del Aljarafe. No incluye los GDRs 469 y 470, ni las altas con 0 días de estancia a excepción de las que hayan sido por traslado a otro Hospital (tipalt=2), por alta voluntaria (tipalt=4), por defunción (tipalt=5), in extremis (tipalt=7) o por fuga (tipalt=8) que si han sido incluidas**.**

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
1	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD>17 CON CC	19,26
2	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD>17 SIN CC	14,56
6	1	Q	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	1,95
7	1	Q	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO CON CC	7,71
8	1	Q	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO SIN CC	3,86
9	1	M	TRASTORNOS & LESIONES ESPINALES	11,30
10	1	M	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	12,95
11	1	M	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	11,06
12	1	M	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	9,69
13	1	M	ESCLEROSIS MULTIPLE & ATAXIA CEREBELOSA	7,61
14	1	M	ICTUS CON INFARTO	10,71
15	1	M	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICO & OCLUSION PRECEREBRAL SIN INFARTO	8,96
16	1	M	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	10,18
17	1	M	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	8,80
18	1	M	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS CON CC	11,19
19	1	M	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	8,38
20	1	M	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	12,31
21	1	M	MENINGITIS VIRICA	6,13
22	1	M	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	6,90
23	1	M	ESTUPOR & COMA NO TRAUMATICOS	8,66
24	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 CON CC	9,40
25	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC	6,22
34	1	M	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	7,14
35	1	M	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	3,45
36	2	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	4,79
37	2	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	6,26
38	2	Q	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	3,98
39	2	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	2,44
40	2	Q	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	3,18
41	2	Q	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	1,77
42	2	Q	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	4,56
43	2	M	HIPEMA	4,77

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
44	2	M	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	7,51
45	2	M	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	7,14
46	2	M	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	6,12
47	2	M	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	4,46
48	2	M	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	3,97
49	3	Q	PROCED. MAYORES DE CABEZA & CUELLO EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	7,67
50	3	Q	SIALOADENECTOMIA	4,89
51	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	3,47
52	3	Q	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL & PALADAR	3,65
53	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD>17	3,95
54	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD<18	5,19
55	3	Q	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	2,87
56	3	Q	RINOPLASTIA	2,52
57	3	Q	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	3,88
58	3	Q	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	3,86
59	3	Q	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	2,34
60	3	Q	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	1,85
61	3	Q	MIRINGOTOMIA CON INSERCION DE TUBO EDAD>17	2,43
62	3	Q	MIRINGOTOMIA CON INSERCION DE TUBO EDAD<18	1,96
63	3	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	6,81
64	3	M	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	10,25
65	3	M	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	5,54
66	3	M	EPISTAXIS	5,55
67	3	M	EPIGLOTITIS	5,41
68	3	M	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 CON CC	7,48
69	3	M	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	3,83
70	3	M	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD<18	3,56
71	3	M	LARINGOTRAQUEITIS	4,49
72	3	M	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	3,04
73	3	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	4,28
74	3	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD<18	2,58
75	4	Q	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	12,31
76	4	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	13,96
77	4	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	8,61
78	4	M	EMBOLISMO PULMONAR	11,41
79	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	13,59

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
80	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	11,02
82	4	M	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	11,53
83	4	M	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	8,08
84	4	M	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	5,13
85	4	M	DERRAME PLEURAL CON CC	11,06
86	4	M	DERRAME PLEURAL SIN CC	10,55
87	4	M	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	9,34
88	4	M	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	9,11
89	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	10,05
90	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	7,99
92	4	M	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	12,18
93	4	M	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	8,01
94	4	M	NEUMOTORAX CON CC	9,13
95	4	M	NEUMOTORAX SIN CC	5,45
96	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	9,10
97	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	7,19
99	4	M	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	7,57
100	4	M	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	5,27
101	4	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	10,44
102	4	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	7,05
103	0	Q	TRASPLANTE CARDIACO	32,06
104	5	Q	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES CON CAT. CARDIACO	25,11
105	5	Q	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES SIN CAT. CARDIACO	19,05
106	5	Q	BYPASS CORONARIO CON ACTP	23,83
107	5	Q	BYPASS CORONARIO SIN ACTP Y CON CATETERISMO CARDIACO	25,55
108	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	11,36
109	5	Q	BYPASS CORONARIO SIN ACTP SIN CATETERISMO CARDIACO	19,44
110	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	15,33
111	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	11,85
112	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDIACA O SHOCK	4,31
113	5	Q	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	18,11
114	5	Q	AMPUTACION DE M.SUPERIOR & DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	14,40
115	5	Q	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR	12,75
116	5	Q	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE	7,64
117	5	Q	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	5,28
118	5	Q	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCION DE GENERADOR	4,30

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
119	5	Q	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	1,91
120	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	14,51
121	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	10,54
122	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	7,91
123	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	6,06
124	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	8,28
125	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	4,72
126	5	M	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	22,28
127	5	M	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	8,84
128	5	M	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	6,77
129	5	M	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	3,85
130	5	M	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	9,82
131	5	M	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	5,73
132	5	M	ATEROSCLEROSIS CON CC	7,11
133	5	M	ATEROSCLEROSIS SIN CC	6,16
134	5	M	HIPERTENSION	7,23
135	5	M	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC	8,93
136	5	M	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	7,31
137	5	M	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD<18	3,68
138	5	M	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	7,41
139	5	M	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	5,09
140	5	M	ANGINA DE PECHO	6,90
141	5	M	SINCOPE & COLAPSO CON CC	7,49
142	5	M	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	5,49
143	5	M	DOLOR TORACICO	5,11
144	5	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	9,91
145	5	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	6,83
146	6	Q	RESECCION RECTAL CON CC	17,32
147	6	Q	RESECCION RECTAL SIN CC	12,29
148	6	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	17,43
149	6	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	12,64
150	6	Q	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	15,13
151	6	Q	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	8,40
152	6	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	14,09
153	6	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	10,24
154	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	18,56

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
155	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	8,74
156	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD<18	5,21
157	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA CON CC	8,09
158	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	3,02
159	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	7,04
160	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	4,45
161	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	4,38
162	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	2,57
163	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	2,10
164	6	Q	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	11,59
165	6	Q	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	6,10
166	6	Q	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	7,60
167	6	Q	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	3,39
168	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC	8,84
169	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	4,41
170	6	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	15,30
171	6	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	8,92
172	6	M	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	11,87
173	6	M	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	9,45
174	6	M	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	8,24
175	6	M	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	5,83
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	7,98
177	6	M	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	9,91
178	6	M	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	6,69
179	6	M	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	7,71
180	6	M	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	8,85
181	6	M	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	6,48
182	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	9,32
183	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	7,11
185	3	M	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17	5,41
186	3	M	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD<18	3,37
187	3	M	EXTRACCIONES & REPOSICIONES DENTALES	4,37
188	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	8,58

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
189	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	4,94
191	7	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	18,88
192	7	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	12,29
193	7	Q	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	19,12
194	7	Q	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	14,70
195	7	Q	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	21,37
196	7	Q	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	16,44
197	7	Q	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	13,12
198	7	Q	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	7,66
199	7	Q	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	15,90
200	7	Q	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	10,98
201	7	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	15,45
202	7	M	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	6,83
203	7	M	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	10,66
204	7	M	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	9,17
205	7	M	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	9,55
206	7	M	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	4,92
207	7	M	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	10,25
208	7	M	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	7,31
209	8	Q	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REIMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC	7,52
210	8	Q	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 CON CC	14,46
211	8	Q	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	10,98
212	8	Q	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	7,47
213	8	Q	AMPUTACION POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS & TEJIDO CONECTIVO	21,10
216	8	Q	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	11,96
217	8	Q	DESBRID.HER.& INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.& T.CONEC.EXC.MANO	17,00
218	8	Q	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 CON CC	12,39

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
219	8	Q	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	6,62
220	8	Q	PROCEDIMIENTOS EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD<18	4,32
221	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC	8,51
222	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	3,37
223	8	Q	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS PROCEDIMIENTOS EXTR.SUPERIOR CON CC	3,41
224	8	Q	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTICULACION SIN CC	3,15
225	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	3,65
226	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	10,20
227	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	4,09
228	8	Q	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACION, U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	3,85
229	8	Q	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	2,59
230	8	Q	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA DE CADERA & FEMUR	5,96
232	8	Q	ARTROSCOPIA	2,23
233	8	Q	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO CON CC	12,70
234	8	Q	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO SIN CC	6,95
235	8	M	FRACTURAS DE FEMUR	11,61
236	8	M	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	10,49
237	8	M	ESGUINCE, DESGARRO & LUXACION DE CADERA, PELVIS & MUSLO	10,93
238	8	M	OSTEOMIELITIS	15,73
239	8	M	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO	13,40
240	8	M	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	9,87
241	8	M	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	6,07
242	8	M	ARTRITIS SEPTICA	14,42
243	8	M	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	7,98
244	8	M	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	6,47
245	8	M	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	4,69
246	8	M	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	7,68
247	8	M	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO	5,86
248	8	M	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSITIS	6,84
249	8	M	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	9,10
250	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	6,34
251	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	2,64
252	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18	1,79

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
253	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 CON CC	7,17
254	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC	3,70
255	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18	2,90
256	8	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	4,40
257	9	Q	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	6,81
258	9	Q	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	6,15
259	9	Q	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	5,53
260	9	Q	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	4,36
261	9	Q	PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISION LOCAL	3,75
262	9	Q	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	2,32
263	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	20,40
264	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	14,20
265	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	10,57
266	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	5,12
267	9	Q	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	2,64
268	9	Q	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA	4,84
269	9	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CON CC	8,63
270	9	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA SIN CC	3,25
271	9	M	ULCERAS CUTANEAS	17,32
272	9	M	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	11,87
273	9	M	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	10,19
274	9	M	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	11,75
275	9	M	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	3,79
276	9	M	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	3,32
277	9	M	CELULITIS EDAD>17 CON CC	11,62
278	9	M	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	7,06
279	9	M	CELULITIS EDAD<18	5,35
280	9	M	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	8,85
281	9	M	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	5,43
282	9	M	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	2,90
283	9	M	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	9,87
284	9	M	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	4,34

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
285	10	Q	AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALES & METABOLICOS	19,48
286	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES & HIPOFISIS	11,37
287	10	Q	INJERTO DE PIEL & DESBRIDAMIENTO HERIDA POR TRAST. ENDOCR., NUTR. & METAB.	18,61
288	10	Q	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	9,82
289	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	3,85
290	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	3,81
291	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	2,79
292	10	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. CON CC	14,69
293	10	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC	9,25
294	10	M	DIABETES EDAD>35	8,64
295	10	M	DIABETES EDAD<36	6,27
296	10	M	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	10,00
297	10	M	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	8,76
298	10	M	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	4,33
299	10	M	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	5,05
300	10	M	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	8,72
301	10	M	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	4,83
302	0	Q	TRASPLANTE RENAL	15,86
303	11	Q	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR NEOPLASIA	12,33
304	11	Q	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO CON CC	10,82
305	11	Q	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO SIN CC	7,27
306	11	Q	PROSTATECTOMIA CON CC	7,58
307	11	Q	PROSTATECTOMIA SIN CC	5,09
308	11	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	8,86
309	11	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	5,03
310	11	Q	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	6,54
311	11	Q	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	4,50
312	11	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	4,75
313	11	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	3,95
314	11	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	5,76
315	11	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE RIÑON & TRACTO URINARIO	7,58
316	11	M	INSUFICIENCIA RENAL	9,40
317	11	M	ADMISION PARA DIALISIS RENAL	3,73
318	11	M	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	11,20
319	11	M	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO SIN CC	6,45
320	11	M	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	9,21
321	11	M	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	6,11
322	11	M	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	6,16

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
323	11	M	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE	5,24
324	11	M	CALCULOS URINARIOS SIN CC	4,39
325	11	M	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	7,22
326	11	M	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	4,89
327	11	M	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	3,93
328	11	M	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 CON CC	4,82
329	11	M	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	4,26
330	11	M	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	2,36
331	11	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	9,97
332	11	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	5,50
333	11	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	5,57
334	12	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	10,13
335	12	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	8,05
336	12	Q	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	5,15
337	12	Q	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	4,80
338	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	3,36
339	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	2,84
340	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	2,11
341	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	3,96
342	12	Q	CIRCUNCISION EDAD>17	2,68
343	12	Q	CIRCUNCISION EDAD<18	1,76
344	12	Q	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	4,22
345	12	Q	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. EXC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	10,35
346	12	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	11,56
347	12	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, SIN CC	4,45
348	12	M	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	7,67
349	12	M	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	3,93
350	12	M	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	5,24
351	12	M	ESTERILIZACION, VARON	4,07
352	12	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	4,40
353	13	Q	EVISCERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA RADICAL	12,20
354	13	Q	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS CON CC	9,95
355	13	Q	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS SIN CC	8,47

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
356	13	Q	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	3,74
357	13	Q	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	10,62
358	13	Q	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO CON CC	6,83
359	13	Q	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	4,77
360	13	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	2,64
361	13	Q	LAPAROSCOPIA E INTERRUPCION TUBARICA INCISIONAL	3,53
362	13	Q	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	1,90
363	13	Q	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA	3,55
364	13	Q	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	2,53
365	13	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	7,00
366	13	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, CON CC	11,05
367	13	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, SIN CC	6,96
368	13	M	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	5,12
369	13	M	TRASTORNOS MENSTRUALES & OTROS PROBLEMAS DE APARATO GENITAL FEMENINO	3,32
370	14	Q	CESAREA, CON COMPLICACIONES	5,99
371	14	Q	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	5,62
372	14	M	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	3,20
373	14	M	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	2,61
374	14	Q	PARTO VAGINAL CON ESTERILIZACION Y/O DILATACION & LEGRADO	4,04
375	14	Q	PARTO VAGINAL CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXCEPTO ESTERILIZACION Y/O D & L	4,29
376	14	M	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3,85
377	14	Q	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3,55
378	14	M	EMBARAZO ECTOPICO	4,86
379	14	M	AMENAZA DE ABORTO	3,34
380	14	M	ABORTO SIN DILATACION & LEGRADO	2,26
381	14	Q	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	1,72
382	14	M	FALSO TRABAJO DE PARTO	1,74
383	14	M	OTROS DIAGNOSTICOS ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	3,49
384	14	M	OTROS DIAGNOSTICOS ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	3,19
392	16	Q	ESPLENECTOMIA EDAD>17	12,17
393	16	Q	ESPLENECTOMIA EDAD<18	6,93
394	16	Q	OTROS PROC.QUIRURGICOS HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	5,22
395	16	M	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	7,68
397	16	M	TRASTORNOS DE COAGULACION	6,50

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
398	16	M	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	8,01
399	16	M	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	5,77
401	17	Q	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC.QUIRURGICOS CON CC	16,76
402	17	Q	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC.QUIRURGICOS SIN CC	9,37
403	17	M	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	12,90
404	17	M	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	8,01
406	17	Q	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC.QUIRURGICO MAYOR CON CC	13,89
407	17	Q	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC.QUIRURGICO MAYOR SIN CC	10,53
408	17	Q	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROC.QUIRURGICO	10,61
409	17	M	RADIOTERAPIA	5,42
410	17	M	QUIMIOTERAPIA	4,63
413	17	M	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. CON CC	13,91
414	17	M	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. SIN CC	8,17
415	18	Q	PROC.QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	14,48
416	18	M	SEPTICEMIA EDAD>17	11,19
417	18	M	SEPTICEMIA EDAD<18	7,71
418	18	M	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	9,95
419	18	M	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	8,89
420	18	M	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	7,35
421	18	M	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	6,12
422	18	M	ENFERMEDAD VIRICA & FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	3,66
423	18	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA	8,69
424	19	Q	PROC.QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	19,54
425	19	M	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	10,27
426	19	M	NEUROSIS DEPRESIVAS	12,15
427	19	M	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	10,50
428	19	M	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD & CONTROL DE IMPULSOS	12,81
429	19	M	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	12,74
430	19	M	PSICOSIS	18,87
431	19	M	TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	8,97
432	19	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	10,89
439	21	Q	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	15,14
440	21	Q	DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HERIDA ABIERTA	12,84
441	21	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESION TRAUMATICA	4,61

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
442	21	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA CON CC	13,53
443	21	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA SIN CC	5,64
444	21	M	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 CON CC	8,82
445	21	M	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC	5,14
446	21	M	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18	2,46
447	21	M	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	5,88
448	21	M	REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	2,29
449	21	M	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	8,89
450	21	M	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	6,29
451	21	M	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	1,83
452	21	M	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	8,16
453	21	M	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	5,76
454	21	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC	8,05
455	21	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC	4,51
461	23	Q	PROC.QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	6,34
462	23	M	REHABILITACION	21,93
463	23	M	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	8,74
464	23	M	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	4,91
465	23	M	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	6,67
466	23	M	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	6,26
467	23	M	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	3,77
468	0	Q	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal	12,98
471	8	Q	PROC.MAYORES SOBRE ARTICULACION M.INFERIOR, BILATERAL O MULTIPLE	30,36
475	4	M	DIAGNOSTICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACION ASISTIDA	15,56
476	0	Q	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROSTATICO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	21,89
477	0	Q	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	10,47
478	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	10,63
479	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	7,33
480	0	Q	TRASPLANTE HEPATICO	26,36
482	0	Q	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	25,92
483	0	Q	OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. +96H O CON DIAG. PRINC. EXC. TRASTORNOS ORL	62,34

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
491	8	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES REIMPLANTACION ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.SUPERIOR	7,92
493	7	Q	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	8,45
494	7	Q	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	3,91
530	1	Q	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	32,27
531	1	Q	PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	32,71
532	1	M	AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	12,00
533	1	M	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	16,91
534	2	Q	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	7,95
535	2	M	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	12,60
536	3	Q	PROCEDIMIENTOS ORL & BUCALES EXCEPTO PROC.MAYORES CABEZA & CUELLO CON CC MAYOR	11,38
538	4	Q	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	17,31
539	4	Q	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	21,42
540	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS CON CC MAYOR	16,47
541	4	M	TRAST.RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR	11,14
542	4	M	BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	8,58
543	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	11,44
544	5	M	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	11,03
545	5	Q	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	29,16
546	5	Q	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	30,82
547	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	26,31
548	5	Q	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	14,64
549	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	23,97
550	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	14,82
551	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	11,50
552	6	M	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	14,48
553	6	Q	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	18,96
554	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	10,27
555	7	Q	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPATICO CON CC MAYOR	31,36
556	7	Q	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	18,36
557	7	M	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	13,71

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
558	8	Q	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC MAYOR	25,78
559	8	Q	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	19,09
560	8	M	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	14,99
561	8	M	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	17,30
562	9	M	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	18,25
563	9	M	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	14,05
564	9	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	17,02
565	10	Q	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. & METAB. EXC.AMPUTACION M.INF. CON CC MAYOR	16,54
566	10	M	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTICA CON CC MAYOR	13,24
567	11	Q	PROCEDIMIENTOS RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYOR	18,85
568	11	M	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	12,31
569	11	M	TRAST. DE RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	12,78
570	12	M	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	12,04
571	12	Q	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	14,93
572	13	M	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	12,89
573	13	Q	PROCEDIMIENTOS NO RADICALES APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	13,54
574	16	M	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	13,04
575	16	Q	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	18,21
576	17	M	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	27,66
577	17	M	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC MAYOR	18,57
578	17	M	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	20,50
579	17	Q	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAYOR	32,76
580	18	M	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	14,04
581	18	Q	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	28,77
582	21	M	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	11,12
583	21	Q	PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	24,94
584	18	M	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	14,60

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
585	6	Q	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYOR	25,48
586	3	M	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	13,11
587	3	M	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	6,98
602	15	M	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	116,88
603	15	M	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS	30,37
604	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	69,78
605	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS	23,28
606	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	96,32
607	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	42,42
608	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	22,06
609	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	39,00
610	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	29,83
611	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	29,21
612	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	22,98
613	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	22,31
614	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	16,69
615	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	50,44
616	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	19,50
617	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	17,41
618	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	12,03
619	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	10,91
620	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	6,80
621	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	8,04
622	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	38,63
623	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	14,26
624	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCEDIMIENTO ABDOMINAL MENOR	5,75
626	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	14,38

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
627	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	6,88
628	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	5,49
629	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	3,11
630	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	3,73
631	4	M	DISPLASIA BRONCOPULM. Y OTRAS ENF.RESPIRATORIAS CRONICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	17,67
633	23	M	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, CON CC	6,00
634	23	M	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, SIN CC	5,41
636	23	M	CUIDADOS POSTERIORES LACTANTE PARA INCREMENTO DE PESO, EDAD>28 DIAS, <1 AÑO	1,00
637	15	M	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	-
638	15	M	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NO NACIDO EN EL CENTRO	0,41
639	15	M	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	1,43
640	15	M	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	0,91
650	14	Q	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	8,58
651	14	Q	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	7,26
652	14	Q	PARTO VAGINAL DE ALTO RIESGO CON ESTERILIZACION Y/O D+L	5,10
700	24	Q	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV	25,67
701	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO Y VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	54,60
702	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS	80,00
703	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	31,34
704	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	14,12
705	24	M	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TUBERCULOSIS	20,81
706	24	M	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TUBERCULOSIS	31,45
707	24	M	HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	30,19
708	24	M	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR, ALTA VOLUNTARIA	10,85
709	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TBC	23,33
710	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	18,00
711	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TBC	16,49

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
712	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	15,89
713	24	M	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO, ALTA VOLUNTARIA	7,36
714	24	M	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	11,76
715	24	M	HIV CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	8,84
716	24	M	HIV SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	7,97
730	25	Q	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	30,80
731	25	Q	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	26,99
732	25	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	17,93
733	25	M	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR	11,15
734	25	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	12,29
737	1	Q	REVISION DE DERIVACION VENTRICULAR	10,98
738	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD<18 CON CC	16,99
739	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	15,34
740	4	M	FIBROSIS QUISTICA	11,47
743	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS, ALTA VOLUNTARIA	9,11
744	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	13,80
745	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	14,45
746	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS, ALTA VOLUNTARIA	5,16
747	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	13,02
748	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	12,75
749	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	3,14
750	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	13,08
751	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	10,13
753	10	M	REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	24,82
755	8	Q	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL CON CC	21,33
756	8	Q	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL SIN CC	11,57
757	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL CON CC	15,56
758	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL SIN CC	8,13
759	3	Q	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL	3,52
760	16	M	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX	5,17
761	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	8,63
762	1	M	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	2,06
763	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	4,16
764	1	M	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC	9,62

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
765	1	M	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	6,64
766	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	11,88
767	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	8,73
768	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 CON CC	5,67
769	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	4,05
770	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD<18 CON CC	10,62
771	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD<18 SIN CC	6,00
772	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	7,08
773	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	5,01
774	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	6,64
775	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	4,65
776	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 CON CC	4,99
777	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 SIN CC	3,38
778	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC	6,72
779	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	2,91
780	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 CON CC	14,04
781	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 SIN CC	12,92
782	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 CON CC	18,04
783	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC	10,21
784	16	M	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA O CRISIS ENF.CEL.FALCIFORMES EDAD<18	4,21
785	16	M	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	4,82
786	3	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA & CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	23,78
787	7	Q	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	11,83
789	8	Q	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR (EXCEPTO CADERA) & REIMPLANTE MIEMBRO EXTR.INFERIOR POR CC	13,38
790	8	Q	DESBR.HERIDA & INJ.PIEL POR HER.ABIERTA, TRAST.MUSC.ESQ. & T.CONECT EXC MANO	4,08
791	21	Q	DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	10,67
792	25	Q	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	29,59
793	25	Q	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	38,81
794	25	M	DIAGNOSTICO DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	17,77
795	0	Q	TRASPLANTE DE PULMON	32,71

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
796	5	Q	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	19,49
797	5	Q	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	16,06
798	4	Q	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	22,03
799	4	M	TUBERCULOSIS, ALTA VOLUNTARIA	9,64
800	4	M	TUBERCULOSIS CON CC	19,60
801	4	M	TUBERCULOSIS SIN CC	12,67
802	4	M	NEUMOCISTOSIS	11,50
803	0	Q	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	34,50
804	0	Q	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO	25,92
805	0	Q	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑON Y PANCREAS	30,87
806	8	Q	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA CON CC	42,33
807	8	Q	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA SIN CC	15,63
808	5	Q	PROCED. CARDIOVASC. PERCUTANEOS CON IMA, FALLO CARDIACO O SHOCK	8,12
809	5	Q	OTROS PROCED. CARDIOTORACICOS CON DIAG PRINCIPAL DE ANOMALIA CONGENITA	14,20
810	1	M	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	11,68
811	5	Q	IMPLANTE DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	14,75
812	5	M	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	9,10
813	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC	7,29
814	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	5,47
815	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	3,95
816	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	3,22
817	8	Q	SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	15,91
818	8	Q	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	10,26
819	11	Q	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO RENAL	4,84
820	11	M	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRANSPLANTE GENITOURINARIO	6,03
821	22	Q	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3º GRADO CON INJERTO DE PIEL	57,35
822	22	M	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3º GRADO SIN INJERTO DE PIEL	10,91
823	22	Q	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	40,67
824	22	Q	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	18,66
825	22	M	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	11,93
826	22	M	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	7,69
827	22	M	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	21,93

GRD	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
828	22	M	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	9,91
829	0	Q	TRASPLANTE DE PANCREAS	35,00
832	1	M	ISQUEMIA TRANSITORIA	6,89
833	1	Q	PROCEDIMIENTOS VASCULARES INTRACRANEALES CON DIAG. PRINC. DE HEMORRAGIA	20,34
836	1	Q	PROCEDIMIENTOS ESPINALES CON CC	36,86
837	1	Q	PROCEDIMIENTOS ESPINALES SIN CC	11,85
838	1	Q	PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES CON CC	9,33
839	1	Q	PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES SIN CC	8,30
849	5	Q	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	18,75
850	5	Q	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	15,79
851	5	Q	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR SIN CATETERISMO CARDIACO	8,51
852	5	Q	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT NO LIBERADOR DE FARMACO, SIN IAM	6,76
853	5	Q	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBERADOR DE FARMACO, CON IAM	8,48
854	5	Q	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBERADOR DE FARMACO, SIN IAM	6,70
864	8	Q	FUSION VERTEBRAL CERVICAL SIN CC	14,49
865	8	Q	FUSION VERTEBRAL CERVICAL CON CC	8,23
866	8	Q	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, CON CC	11,82
867	8	Q	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, SIN CC	4,61
874	17	Q	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROC. QUIRURGICO MAYOR, CON CC	15,76
875	17	Q	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROC. QUIRURGICO MAYOR, SIN CC	10,04
876	17	M	QUIMIOTERAPIA CON LEUCEMIA AGUDA COMO DXS O CON USO DE ALTAS DOSIS DE AGENTE QUIMIOTERAPIA	8,45

ANEXO
CÓDIGOS Y POBLACIONES DE LOS HOSPITALES

Hospital	Código sanitario	Código presupuestario	Población ajustada a efectos de financiación
AH Torrecárdenas	2048	1920	360.158
AGS Norte de Almería (Huércal-Overa)	2046	1921	93.320
AH Puerta del Mar	2009	2920	288.505
AH Puerto Real	2013	2921	208.074
AH Jerez de la Frontera	2012	2924	268.072
Área Sanitaria Campo de Gibraltar	2010	2990	213.048
AH Reina Sofía	2024	3920	535.285
AH Infanta Margarita (Cabra)	2025	3921	115.055
AS Norte de Córdoba (Pozoblanco)	2026	3990	76.776
AH Virgen de la Nieves	2017	4920	435.532
AH San Cecilio	2018	4921	278.999
AGS Sur de Granada (Motril)	2019	4922	103.837
AH Baza	2015	4923	72.382
AH Juan Ramón Jiménez	2038	5920	290.369
AH Infanta Elena	2036	5921	128.012
AH Riotinto	2039	5922	63.826
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén	2042	6920	349.935
AH San Juan de la Cruz (Úbeda)	2044	6921	98.774
AH San Agustín (Linares)	2043	6922	116.051
AH Carlos Haya (Málaga)	2031	7920	623.301
AH Virgen de la Victoria	2033	7921	360.675
AGS Serranía de Málaga (Ronda)	2029	7922	85.111
AH La Axarquía (Vélez Málaga)	2032	7923	101.501
AGS Norte de Málaga (Antequera)	2028	7924	98.664
AH Virgen del Rocío	2003	8920	737.700
AH Virgen Macarena	2005	8921	513.868
AH Valme	2004	8925	314.091
AGS de Osuna	2007	8990	124.977
AH San Juan de Dios del Aljarafe	2051	8930	119.155