

Servicio Andaluz de Salud



PLAN ESTRATÉGICO

Contrato
Programa
de los hospitales
del Servicio
Andaluz de Salud
2001-2004

2003



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Edita

© 2003 Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
Avenida de la Constitución 18,
41071 Sevilla
Tel: 955.018.000, fax: 955.018.025
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Coordinadores

Juan Goicoechea Salazar
M^a José Ariza Conejero

Diseño

Manigua s.l.

Maquetación

Forma Animada S.L.L.

ISBN

84-8486-125-2

Depósito Legal

SE-2517-2003



Contrato
Programa
de los hospitales
del Servicio
Andaluz de Salud
2001-2004

2003

Índice

	Acuerdo	9
1.	Atención al usuario	12
1.1	Voluntades Anticipadas	12
1.2	Segunda Opinión	12
1.3	Consentimiento Informado	12
1.4	Plan de Participación Ciudadana	12
1.5	CEIS	13
1.6	Libre Elección	13
1.7	Carta de Derechos y Deberes	13
1.8	Plan de Mejora de la Intimidad	13
1.9	Confortabilidad de los Centros	13
1.10	Plan de Acogida del Usuario	13
1.11	Reclamaciones	14
1.12	Pequeñas Cosas	14
1.13	Accesibilidad a los servicios	15
1.14	Satisfacción de los usuarios	15
2.	Gestión de producción asistencia	16
2.1	Cartera y oferta de servicios	16
2.2	Actividad asistencial	16
2.2.1	Consultas	17
2.2.2	Hospitalización	17
2.2.3	Área quirúrgica	18
2.2.4	Pruebas diagnósticas	18
2.2.5	Hospital de día	18
2.3	Políticas de salud	19
2.3.1	Planes Intersectoriales	19
2.3.2	Planes Integrales	19
2.3.3	Plan de Actuación sobre el tabaquismo	19
2.3.4	Enfermedades transmisibles	20
2.3.5	Atención a la mujer y al niño	20
2.3.6	Gestión Medio Ambiental	21
2.4	Procesos asistenciales y calidad asistencial	21
2.4.1	Procesos asistenciales	22
2.4.2	Programas de garantía de calidad	23
2.5	Cooperación asistencial	24
2.6	Unidades clínicas	24
2.7	Programas sectoriales	25
2.7.1	Salud mental	25
2.7.2	Programa de donación y trasplantes	26
2.7.3	Urgencias	26
2.7.4		27
2.7.5	Programa de Hemoterapia	27
2.7.6	Plan Integral de Evaluación Tecnológica	27
2.8	Actividad concertada	27
3	Promoción del uso racional del medicamento	28
4	Docencia e investigación	31
5	Gestión de los recursos humanos	32
6	Gestión económica	33
6.1	Gestión presupuestaria	33
6.2	Gestión de compras de suministros y servicios	33
6.3	Gestión financiera	34
6.4	Contabilidad de Costes	35
6.5	Control del gasto por la Intervención Central del SAS	35
7	Inversiones	37
8	Financiación	38
9	Sistemas de información	39

Índice de anexos

1. Atención al usuario • 43
2. Gestión de producción asistencial • 51
 - Actividad asistencial • 53
 - Consultas • 53
 - Hospitalización • 55
 - Área quirúrgica • 57
 - Pruebas diagnósticas • 60
 - Hospital de día • 62
 - Programas de salud • 63
 - Cáncer de mama • 63
 - Enfermedades transmisibles • 64
 - Detección de malos tratos • 65
 - Plan de atención a la mujer y al niño • 65
 - Procesos asistenciales y calidad asistencial • 67
 - Normas Básicas de Calidad de los Procesos Asistenciales • 67
 - Programas de garantía de calidad • 76
 - Cooperación asistencial • 80
 - Programas sectoriales • 85
 - Salud mental • 85
 - Programa de donación y trasplantes • 87
 - Urgencias • 88
 - Actividad concertada • 92
3. Promoción del uso racional del medicamento • 93
4. Docencia e investigación • 101
5. Gestión de los recursos humanos • 105
6. Gestión económica • 111
7. Inversiones • 115
8. Financiación • 119
9. Sistemas de información • 125
10. Fichero de adquisición mensual de medicamentos en hospitales • 129
11. Fichero de consumo mensual de medicamentos en hospitales • 133
12. Prestación farmacéutica en instituciones hospitalarias • 137
13. Códigos y pesos de la cirugía mayor ambulatoria • 145
14. Códigos y pesos de la cirugía menor ambulatoria • 153
15. Códigos y pesos del hospital de día médico • 157
16. Códigos de las pruebas diagnósticos prioritarias • 163
17. Estancia media de los GDRs del estándar • 167
18. Acuerdo de colaboración entre distritos y hospitales • 183
19. Códigos y poblaciones de los hospitales • 197
20. Modelo de acuerdo de gestión clínica • 201
21. Medidas específicas en el área quirúrgica • 231

1. Introducción • 205
2. Normas que regulan el presente Acuerdo de Gestión • 206
3. Marco de funcionamiento de los acuerdos de Unidades de Gestión Clínica • 207
 - 3.1 Competencias de la Unidad • 207
 - 3.2 Compromisos de la Dirección del Hospital • 208
 - 3.3 Requisitos básicos • 208
4. Misión y valores de la Unidad • 209
 - 4.1 Misión y valores • 209
 - 4.2 Grado de compromiso con la misión, con los valores de la Unidad y con el desarrollo de actividades de mejora continua • 210
5. Cartera de Servicios de la Unidad y catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias • 211
6. Mapa de procesos • 212
7. Usuarios • 213
 - 7.1 Satisfacción y expectativas de los usuarios • 213
 - 7.2 Accesibilidad • 213
 - 7.3 Derechos y deberes de los usuarios • 213
 - 7.4 Confidencialidad e intimidad • 214
8. Actuaciones sobre la eficacia • 215
9. Actuaciones sobre la efectividad • 217
 - 9.1 Implantación de guías, protocolos y planes de cuidados • 217
 - 9.2 Asignación del médico y enfermera • 217
10. Actuaciones sobre la eficiencia • 218
11. Actividad de la Unidad Clínica • 219
12. Demoras • 221
13. Colaboración con otros niveles asistenciales • 222
14. Recursos humanos • 223
 - 14.1 El Mapa de Competencias de la Unidad • 223
 - 14.2 Gestión del personal de acuerdo a las necesidades • 223
 - 14.3 Absentismo laboral • 223
15. Formación e investigación • 224
 - 15.1 Programa de orientación inicial • 224
 - 15.2 Programa de formación continua y desarrollo profesional individualizado • 224
 - 15.3 Docencia • 224
 - 15.4 Proyectos de investigación y publicaciones • 224
16. Sistemas de información • 225
17. Promoción del uso correcto del medicamento • 226
 - 17.1 Recetas por consultas • 226
 - 17.2 Prescripción por "principio activo" • 226
 - 17.3 No prescripción de novedades terapéuticas (NT) de las que no exista suficiente experiencia clínica o no aporten ninguna ventaja sobre las existentes • 226
18. Acuerdo sobre consumos de recursos • 227
19. Criterios para la asignación de incentivos • 228
 - 19.1 Incentivos económicos individuales • 228
 - 19.2 Incentivos económicos (no retributivos) para la Unidad • 228
 - 19.3 Procedimiento para la distribución interna de los incentivos • 228
 - 19.4 Ponderación de los objetivos • 229
20. Envío de evaluación del Acuerdo de Gestión a la Dirección General de Asistencia Sanitaria • 230

En Sevilla, a 26 de Febrero de 2003

REUNIDOS

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, D. Juan Carlos Castro Alvarez y el/la Director/a Gerente del Hospital, D./D^a

Acuerdan el siguiente

CONTRATO PROGRAMA PARA EL AÑO 2003

La Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía, consolida y refuerza la existencia del Sistema Sanitario Público, a la vez que pone las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, dejando establecidos los principios que caracterizan a un sistema sanitario público al servicio de las necesidades de todos los andaluces.

La Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud consideran importante mantener un esfuerzo sostenido para avanzar en la consolidación del Sistema Sanitario Público a través de la innovación y del desarrollo de políticas que continúen apostando por el protagonismo del ciudadano como eje central del mismo.

En este sentido, la calidad del proceso asistencial desde un enfoque integral, la continuidad de la asistencia, las mejoras en la accesibilidad a los servicios y una mayor transparencia ante el ciudadano, se articulan como las piezas fundamentales sobre las que desarrollar los servicios sanitarios como quedan recogidas en el II Plan Andaluz de Salud y en el Plan de Calidad.

El II Plan Andaluz de Salud es el instrumento director de la política sanitaria del Gobierno Andaluz que define los principios generales, los objetivos y las estrategias a desarrollar durante el periodo 1999-2002. El Plan de calidad establece el enfoque y las líneas estratégicas que en materia de calidad van a comprometer a todos los proveedores públicos en sus formas de prestación de servicios.

Dentro de este ámbito, el Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por cada uno de sus Centros y los recursos de que dispondrá para ello, así como el marco y dinámica de sus relaciones.

El presente Contrato Programa pretende ser expresión del rigor de las actuaciones de los gestores públicos en esta responsabilidad, sin menoscabo de aquellos aspectos que por su carácter de necesidad social deban ser asumidos independientemente de su coste y nivel de eficiencia. Este aspecto, que constituye lo que podríamos denominar la eficacia social, no puede ser obviado en el marco genérico del Sistema Sanitario y sus características de universalidad, equidad y solidaridad.

Los recursos financieros asignados al Hospital en el presente Contrato Programa constituyen el marco y límite en el que se ha de desarrollar el conjunto de la actividad que el Hospital tiene encomendada para el año 2003.

El Servicio Andaluz de Salud incentivará de forma especial el establecimiento de objetivos comunes entre hospitales y Distritos Sanitarios. Cuando se considere necesaria la coordinación entre instituciones sanitarias, se valorará por parte del Servicio Andaluz de Salud, la presencia del Delegado Provincial en el proceso.

El Hospital implementará el cuadro de mandos integral, que permitirá el seguimiento continuado de los objetivos contenidos en este Contrato Programa y cuya información será enviada al Servicio de Información. Los listados, informes, guías y análisis solicitados en este

Contrato Programa serán enviados al Servicio de Evaluación, a quien se facilitará además toda la actividad auditora, de evaluación y seguimiento.

El Servicio Andaluz de Salud implantará para el año 2003 un modelo de incentivos de sus directivos vinculado a la evaluación de este Contrato Programa. El modelo contemplará variables de gestión presupuestaria, gestión de listas de espera, desarrollo, implantación y resultados de los procesos asistenciales y acciones de transparencia con el ciudadano.

El Hospital deberá suministrar al Servicio Andaluz de Salud, una vez finalizado el ejercicio y dentro del primer trimestre del ejercicio siguiente, la memoria anual del hospital, en la que se reflejarán de forma especial los diferentes aspectos contemplados en el presente Contrato Programa, así como el resto de actividades y resultados obtenidos.

El presente Contrato Programa entre el Servicio Andaluz de Salud y el hospital, tendrá vigencia durante el periodo 2001-2004 pudiendo ser revisado de forma anual, por causa suficientemente justificada, a propuesta de cualquiera de las partes.

El presente Contrato Programa para el año 2003, se sustenta en las siguientes líneas de acción:

1. Atención al usuario
2. Gestión de la producción asistencial
3. Promoción del uso racional del medicamento
4. Docencia e investigación
5. Gestión de los recursos humanos
6. Gestión económica
7. Inversiones
8. Financiación
9. Sistemas de información

1. Atención al usuario

El Servicio Andaluz de Salud, en reconocimiento del ciudadano como motor y centro del sistema, considera esencial el enfoque dinamizador y de modernización que representa adecuar la organización para la consecución de un entorno de mayor satisfacción percibida por los usuarios, para lo cual se hace indispensable el desarrollo de las siguientes líneas:

1.1 Voluntades Anticipadas

A lo largo de 2003 el Hospital tomará las medidas organizativas necesarias para implantar la Ley de Voluntades Anticipadas en su ámbito, de acuerdo al procedimiento que se determine.

1.2 Segunda Opinión

En el segundo semestre de 2003 el Hospital adoptará las medidas adecuadas para hacer efectivo el derecho a la segunda opinión, según la normativa vigente.

1.3 Consentimiento Informado

En el primer trimestre de 2003 el Hospital pondrá en marcha las medidas sobre Consentimiento Informado de acuerdo a las Instrucciones recibidas de la Dirección Corporativa.

El Hospital dispondrá de un protocolo de información para que los pacientes reciban y comprendan la información necesaria antes de dar su consentimiento.

En el primer trimestre se elaborará el catálogo de modelos escritos de consentimiento informado que se utilizan en el Hospital y sus centros dependientes y, a partir del segundo trimestre, se procederá a revisarlos, validarlos, ordenarlos y catalogarlos.

En todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que lo requieran deberá quedar recogida en la historia clínica del paciente, una copia del modelo de consentimiento informado firmado por el paciente o, en su caso, por los familiares.

1.4 Plan de Participación Ciudadana

En el segundo trimestre de 2003 el Hospital pondrá en marcha en los centros las medidas del Plan de Participación Ciudadana, e incluirá un sistema de evaluación de resultados.

Entre estas medidas se contemplará el desarrollo de, al menos, dos grupos focales en el Hospital que permitan obtener información sobre las expectativas de los usuarios, cuyos resultados se incluirán en el banco de expectativas del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Hospital garantizará el desarrollo de las encuestas autocumplimentables para pacientes - o familiares - que hayan estado ingresados en su ámbito y analizará los resultados correspondientes, proponiendo, semestralmente, las mejoras derivadas de este análisis. Asimismo, el Hospital continuará colaborando para el desarrollo de otros tipos de encuestas corporativas, para ello facilitará, en los plazos que se establezcan, los datos que se soliciten desde la Dirección Corporativa.

A partir del primer trimestre de 2003, el Hospital impulsará la participación de los ciudadanos a los Comités de Ética de sus centros sanitarios.

El Hospital facilitará la información que se solicite sobre sus centros, para colaborar en la creación de un espacio accesible al ciudadano, en el Portal de Salud y en otros soportes, que recogerá información detallada sobre actividad y calidad de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

1.5 CEIS

En el segundo semestre de 2003, la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias pondrán en marcha el Centro de Información y Servicios al Ciudadano (CEIS) como herramienta de información y participación ciudadana, iniciándose sus actividades en Jaén con la prioridad de facilitar la cita a los centros de Atención Primaria y también la información que soliciten los usuarios. Progresivamente se extenderán los servicios del CEIS a toda la Comunidad con la inclusión de nuevos servicios.

1.6 Libre Elección

A lo largo de 2003 el Hospital revisará las condiciones en las que se ejerce el derecho a la Libre Elección a la luz de los cambios y las reformas organizativas, contemplando siempre este derecho como un aspecto prioritario a potenciar en sus líneas de actuación.

El hospital, en colaboración con los distritos sanitarios, ofrecerá la citación "on line" desde los centros de Atención Primaria para los profesionales y servicios que puedan elegirse.

El Hospital asignará cita para las consultas especializadas derivadas de la atención en urgencias o derivadas de una indicación generada en el propio hospital.

1.7 Carta de Derechos y Deberes

Durante el primer trimestre de 2003 el Hospital colocará y 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.

El Hospital evaluará semestralmente la aplicación de los derechos contenidos en la Carta en todos los centros de su ámbito y de los resultados de dicha evaluación emitirá un informe.

1.8 Plan de Mejora de la Intimidad

A lo largo de 2003 el Hospital elaborará el Plan de actuación que incluirá la adopción de las medidas organizativas y de adecuación de estructuras necesarias para impulsar el Plan de Mejora de la Intimidad elaborado con carácter centralizado.

1.9 Confortabilidad de los Centros

El Hospital desarrollará las medidas que contribuyan a mejorar la calidad percibida por los usuarios y el confort durante su estancia en el centro, para ello diseñará y pondrá en marcha su "Plan de Actuación Hotelera" para mejorar las condiciones del entorno de los centros y la calidad de residencia y hotelera durante la estancia hospitalaria y el uso de los centros. Este Plan será comunicado antes de finalizar el primer trimestre del año.

A todos los efectos, el Hospital es ya un "centro libre de humos de tabaco" y la Dirección velará por el cumplimiento de este aspecto en todas las dependencias vinculadas al hospital.

1.10 Plan de Acogida del Usuario

En el primer semestre de 2003 el Servicio Andaluz de Salud elaborará el "Plan de Acogida del

Usuario" en el centro sanitario, que se aplicará en todos los centros del Hospital a partir del segundo semestre.

En tanto se aprueba y desarrolla este Plan serán de aplicación medidas específicas contempladas en ejercicios anteriores en el Plan de información, entre las que se incluyen:

- Al ingreso del paciente se le entregará la Guía del Usuario que contemplará la información básica para el usuario y sus familiares acerca del funcionamiento del hospital. La Guía del Usuario adaptada a las necesidades de información de los usuarios de los Centros Periféricos de Especialidades también se entregará cuando se solicite en estos centros. Asimismo se facilitarán otros tipos de información escrita, además de las guías de usuarios, - por ejemplo folletos, hojas informativas, etc. - para los pacientes que acceden a servicios - diagnósticos o de tratamiento - cuyas características deban conocerse con antelación para asegurar la colaboración de los pacientes. Los documentos de información que se entreguen deberán estar validados por la Dirección siguiendo los criterios generales que se establezcan para todos los hospitales.
- Se dará a conocer al paciente que ingresa quienes son el médico y la enfermera responsables de su proceso mientras dure el ingreso hospitalario.
- Estarán fijados los lugares y horarios específicos para facilitar información, en cada servicio, sobre el estado de un paciente a él mismo o a sus familiares autorizados. Estará fijada también la responsabilidad del proceso de información.
- Todos los profesionales estarán identificados correctamente, mediante una tarjeta, durante su jornada laboral.
- Estará protocolizada la información que se entrega al paciente al alta hospitalaria (ingresos) y al alta de su proceso (consultas).

El Hospital asegurará, de acuerdo a la normativa vigente, el cumplimiento del derecho de los usuarios a conocer la información y documentación clínica que sobre ellos tienen los centros.

El Hospital pondrá en marcha los mecanismos necesarios para garantizar que los profesionales que firman los documentos en sus centros, escriban junto a la firma nombre y apellidos para que puedan identificarse fácilmente.

1.11 Reclamaciones

A lo largo de 2003 el Hospital incorporará o mantendrá en todos sus centros sanitarios las siguientes medidas relacionadas con las reclamaciones y sugerencias:

- Incorporará las medidas derivadas del análisis de las reclamaciones referidas a su ámbito, con evaluación de su impacto en el último trimestre de 2003.
- Mantendrá la Comisión de Seguimiento de las Reclamaciones y Sugerencias y aplicará un procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas a las reclamaciones y sugerencias de todo el hospital.
- Dará difusión - salvo que el interesado exprese lo contrario - a los reconocimientos realizados por los usuarios o familiares sobre la atención recibida.

1.12 Pequeñas Cosas

Mediante el "Plan de las pequeñas cosas" se deben traducir en actuaciones inmediatas todas aquellas propuestas de actuación que los centros directivos puedan asumir con recursos propios y que mejoren la calidad de los servicios desde el punto de vista de los usuarios.

Como fruto de las experiencias de años anteriores, en el presente ejercicio se definen una serie de medidas, junto a los correspondientes criterios de cumplimiento - que serán comunicados

formalmente al hospital - y que deben darse en todos los centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. Estas medidas están dirigidas, también, a mantener una imagen adecuada de los centros.

El hospital velará por el cumplimiento de estos estándares propuestos en todos sus centros y dispositivos, y por desarrollar las actuaciones posibles para garantizarlo. Se deberá recoger en un sistema de información la situación inicial de los Centros y la situación final, tras las actuaciones correctivas, así como la valoración económica de las intervenciones.

Adicionalmente, el hospital mantendrá un banco de medidas de mejora de las "pequeñas cosas" en las diferentes áreas siguiendo el mismo esquema de los dos años anteriores. En el último trimestre seleccionará las medidas que se consideren más interesantes para comunicarlas a los Servicios Centrales y para darlas a conocer a las demás instituciones al objeto de que puedan ser utilizadas en otros centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El hospital nombrará un interlocutor para este aspecto que se comunicará al Servicio de Atención al Usuario de los Servicios Centrales antes del 12 de febrero.

1.13 Accesibilidad a los servicios

El Hospital adoptará las medidas necesarias para adecuar sus horarios de funcionamiento a las necesidades de los ciudadanos, tendiendo al establecimiento de horarios de mañana y tarde para todos los servicios.

El Hospital asegurará que los servicios clínicos establezcan los procedimientos necesarios para que los pacientes sean atendidos por el mismo facultativo especialista desde la primera visita y hasta que se produzca el alta en consulta. De igual manera se procederá en el área de hospitalización, mientras el paciente permanezca ingresado en el mismo servicio.

1.14 Satisfacción de los usuarios

A lo largo de 2003, el Hospital garantizará el desarrollo de las encuestas de satisfacción que anualmente se vienen realizando en el ámbito de la hospitalización y de las consultas externas, con el propósito de incorporar la perspectiva de los usuarios y su opinión en la evaluación de los servicios sanitarios y de que sirvan como instrumento para orientar la gestión concreta de los centros hospitalarios y de atención especializada.

En este sentido, dispondrá los medios oportunos que se requieran para la realización de las encuestas, facilitando la información que se solicite, para la determinación aleatoria de las muestras y la realización de las entrevistas conforme a la metodología definida en el proyecto.

Asimismo, elaborará y pondrá en marcha en el primer trimestre de 2003 un Plan de mejora concreto en el centro hospitalario y de consultas externas en función de los indicadores y resultados obtenidos en las encuestas de los dos últimos años, que deberá incluir un análisis sobre la calidad del servicio percibida por los usuarios así como las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción en aquellas variables en las que la valoración de las mismas sean significativa y comparativamente bajas en relación con el promedio de Andalucía.

De igual forma garantizará el desarrollo de las encuestas autocumplimentables para pacientes -o familiares- que hayan estado ingresados en su ámbito y analizará los resultados correspondientes proponiendo, semestralmente, las mejoras derivadas de este análisis.

2. Gestión de la producción asistencial

2.1 Cartera y oferta de servicios

La continuidad asistencial constituye el criterio clave y determinante que debe inspirar la organización de los servicios, concebida con una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples unidades asistenciales, 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 para desarrollo de los procesos asistenciales.

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 Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

El Hospital aplicará, en el proceso de solicitud de incorporación de servicios que requieran de nuevas tecnologías, 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 Consejería de Salud (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía), así como toda metodología que se desarrolle en esta línea.

El Hospital actualizará y notificará a los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud la Cartera Diagnóstica y la Médico - Quirúrgica de su centro con carácter semestral, así como cuando se produzca cualquier variación, durante el 2003.

El Hospital mantendrá durante el 2003 una oferta de servicios que garantice como mínimo una Cartera Básica acorde con la regulada por el Servicio Andaluz de Salud para dicho ejercicio, además de la oferta propia que le corresponda de acuerdo con el nivel hospitalario que ostenta. Cualquier derivación a otro Hospital para procedimientos contenidos en la Cartera Básica deberá tener la autorización previa (o el Vº Bº posterior en casos urgentes) de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

2.2 Actividad Asistencial

La actividad asistencial que desarrolle el Hospital en el periodo 2001-2004 tendrá en cuenta el tamaño y características demográficas de su población, su dispersión geográfica y su morbilidad conocida de manera que se de respuesta a las necesidades de la población, tanto en la cantidad de los servicios prestados (actividad necesaria para evitar demoras que dificultan la accesibilidad), como en la forma de prestarlos.

El Hospital deberá impulsar la coordinación interna entre las distintas especialidades, permitiendo un uso más racional de los recursos y una atención más humanizada, superando los compartimentos estancos que tabican la prestación de la asistencia y fomentando la constitución de unidades funcionales que abordan mas eficazmente los procesos patológicos más allá de las respuestas parciales de cada especialidad.

El Hospital establecerá los mecanismos necesarios para que su producción asistencial se ajuste a lo especificado en el presente Contrato Programa.

2.2.1 Consultas

Las consultas de especialidades por su gran volumen configuran uno de los ámbitos clave para la prestación de asistencia sanitaria especializada, por ello el Hospital analizará en cada especialidad (tanto en las consultas externas como en los CPE) los siguientes aspectos, con el objeto de hacerlas más eficientes y mejorar la calidad de los servicios:

- Adecuación de la oferta a las necesidades, revisando trimestralmente los pactos de consultas con Atención Primaria,
- Análisis de las demoras y factores de corrección implantados,
- Aspectos organizativos y sistemas de citación que garanticen el compromiso adquirido con el paciente,
- Configuración de las agendas y circuitos de derivación,
- Informe de tratamiento y alta,
- Prescripción del tratamiento en la receta oficial,
- Existencia de protocolos para los procesos más frecuentes o clínicamente más trascendentes,
- Existencia de sistemas de seguimiento y valoración del funcionamiento de las consultas

El Hospital, en el marco de la organización por procesos, continuará impulsando el sistema organizativo de consulta por acto único, hasta conseguir que el 30% de las visitas efectuadas para los motivos de consulta determinados específicamente por el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada, se desarrollen mediante esta modalidad. Para ello, el Hospital coordinará las citas para las pruebas diagnósticas, analíticas, y consultas de las diferentes especialidades, evitando esperas y traslados innecesarios de los usuarios de los centros. El Hospital establecerá las agendas de las diferentes consultas conforme a los tipos de éstas determinados por el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada.

El Hospital se dotará de los procedimientos de citación desde urgencias a consultas de especialistas determinados por el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada, y se coordinará con los Distritos de AP para asegurar que los casos atendidos en urgencias que así lo requieran, sean citados en consultas de Atención Primaria en menos de un día hábil.

La demora para primeras visitas en consulta de especialista será como máximo la que quede establecida en el decreto de garantías que a estos efectos publique la Consejería de Salud.

2.2.2 Hospitalización

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 2001-2004.

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

El Hospital deberá tender hacia un modelo de asistencia más cooperativo y personalizado, donde el paciente tendrá un único médico y enfermera responsables de su proceso.

Se identificarán, entre los pacientes hospitalizados, a los grupos más frágiles comenzando por los pacientes con procesos crónicos y por las personas mayores de 65 años. A estos pacientes se les planificará el alta durante su estancia en la unidad de hospitalización. El Hospital impul-

sará las actuaciones que faciliten que al alta del paciente, éste disponga de las citas para las revisiones, las prescripciones de tratamiento y de prótesis y en general de cuanto vaya a necesitar a corto plazo que evite posteriores traslados al hospital.

Durante el periodo 2001-2004 se desarrollarán unidades funcionales de carácter multidisciplinar para dar respuesta clínica a los requerimientos de los pacientes crónicos, pluripatológicos y con necesidad de cuidados paliativos.

2.2.3 Área quirúrgica

En el periodo 2001-2004, el Hospital será capaz de dar respuesta en menos de 120 días y en al menos el 97% de los casos, a las intervenciones quirúrgicas determinadas por la Consejería de Salud, garantizando un tiempo de asistencia menor de 180 días para el resto.

El Hospital garantizará que durante el año 2003 no haya ningún ciudadano en espera de una intervención quirúrgica, por encima de 180 días, contados a partir de su inscripción en el Registro Oficial de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para la totalidad de los procesos quirúrgicos contenidos en el anexo I del Decreto 209/2001, por el que se establece la garantía de plazo de Respuesta Quirúrgica. A tal fin se adjunta a este Contrato Programa un Plan Específico de Actuación para el Centro.

A lo largo del año 2003 se hará pública la información sobre Registro Quirúrgico por procesos y sus indicadores de Actividad.

El Hospital disminuirá el porcentaje de intervenciones suspendidas y la estancia media preoperatoria para las intervenciones programadas ajustándose a los objetivos establecidos en este Contrato Programa.

Los objetivos de actividad de cirugía con ingreso, mayor ambulatoria y menor ambulatoria, se ajustarán a lo pactado en este Contrato Programa.

El Hospital se ajustará a los protocolos de indicación quirúrgica acordados entre las Sociedades Científicas y el Servicio Andaluz de Salud y revisará las tasas de indicación de los procedimientos establecidos en este Contrato Programa.

2.2.4 Pruebas diagnósticas

Los procedimientos diagnósticos se abordarán con los mismos criterios de oferta y mecanismos de gestión que las consultas de especialistas, logrando una demora que como máximo sea la que quede establecida en el decreto de garantías que a estos efectos publique la Consejería de Salud.

2.2.5 Hospital de día

El Hospital, en el marco de la gestión por procesos, seguirá potenciando la introducción de todas aquellas formas organizativas que aumenten la actividad sin ingreso hospitalario, hasta lograr que al final del 2001-2004, el 95% de los procesos susceptibles de ser resueltos en este ámbito lo sean. Para ello se potenciarán las siguientes unidades y aspectos de la atención:

- Unidades de día médicas y quirúrgicas,
- Asistencia domiciliaria postquirúrgica en coordinación con los dispositivos de Atención Primaria,

- Cirugía mayor ambulatoria,
- Apoyo a la formación de los facultativos de Atención Primaria en técnicas de cirugía menor ambulatoria.

El Hospital establecerá los mecanismos necesarios para asegurar la continuidad en el proceso asistencial entre las prestaciones desarrolladas en el ámbito del Hospital de día médico y las del resto de las áreas de Asistencia Especializada.

Los Hospitales que dispongan de Unidades de Hemodinámica potenciarán la realización de su actividad en el ámbito del Hospital de Día Médico.

2.3 Políticas de Salud

2.3.1 Planes intersectoriales

Durante 2003, y en relación con las acciones que le correspondan en su ámbito, el Hospital:

- Aplicará las acciones de carácter intersectorial del Plan Sociosanitario priorizadas por la Consejería de Salud.
- Implantará el Plan de Actuación Sanitaria en materia de Prostitución.
- Desarrollará las actuaciones priorizadas en relación con la Atención a los Malos tratos.
- Desarrollará las actuaciones contenidas en el Plan de Atención a la Salud de los Jóvenes.
- Aplicará las propuestas que se deriven de la operativización del Plan de Empresas Saludables.

2.3.2 Planes Integrales

A lo largo de 2003 el Hospital implantará las actuaciones priorizadas para este año en el Plan Integral de Oncología 2002-2006 y en el Plan Integral de Diabetes 2003-2007.

En el segundo semestre de 2003, el Hospital iniciará la implantación de los nuevos planes integrales autonómicos para el Sistema Sanitario Público de Andalucía que se definirán durante el primer semestre del año:

- Plan de Atención a las Cardiopatías
- Plan de Salud Mental
- Plan de Accidentabilidad

Durante el segundo semestre de 2003 el Hospital implantará el Cuadro de Mando de los Planes Integrales Autonómicos definido por la Consejería de Salud en el primer semestre.

2.3.3 Plan de actuación sobre el Tabaquismo

A lo largo de 2003 el Hospital desarrollará las acciones contenidas en el Plan de actuación sobre el tabaquismo, con especial referencia al mantenimiento como Centro Libre de Humo.

En 2003 el Hospital impulsará nuevas medidas de prevención y de acceso a medios farmacológicos y sustitutivos para la deshabituación tabáquica, en particular en segmentos de población que son referentes sociales para la educación en salud, conforme a las directrices emitidas por el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

2.3.4 Enfermedades transmisibles

El Hospital deberá garantizar, de acuerdo con la normativa vigente, el correcto funcionamiento de los Sistemas de Alerta en Salud Pública y de Vigilancia Epidemiológica, realizando la recogida, comunicación, análisis y difusión de la información de este sistema en los plazos y con la calidad establecidos (Decreto 66/1996, de 13 de febrero).

El Hospital deberá utilizar todas las medidas de prevención disponibles en la actualidad para evitar nuevos casos o brotes de enfermedades transmisibles y realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad para evitar posibles secuelas.

Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas

De acuerdo con la Orden de 21 de febrero de 2001 (BOE 52 de 1 de marzo de 2001) por la que se regula la red nacional de vigilancia epidemiológica, en relación con las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas, los médicos, de acuerdo con los criterios de casos establecidos, las notificarán obligatoriamente, en el plazo de 48 horas al diagnóstico de sospecha, al Registro de la Comunidad Autónoma Andaluza. La Consejería de Salud, regulará el circuito de información, incluyendo seguimiento y confirmación diagnóstica, de acuerdo con sus competencias, dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Tuberculosis

A lo largo del 2003 el Hospital continuará el desarrollo del programa de Atención a la Tuberculosis, según las indicaciones establecidas en el documento elaborado por el grupo de procesos. Así mismo, se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las Normas de Calidad contenidas en el mismo. Este programa tendrá un desarrollo y seguimiento prioritario en las áreas con tasas elevadas de enfermedad.

VIH/SIDA

A lo largo del 2003 el Hospital continuará desarrollando en todos sus centros sanitarios el Programa de Atención al VIH/SIDA contenido en el Mapa de Procesos Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, adaptando su organización y sistemas de información a las Normas de Calidad y Puntos de Buena Práctica contenidos en el mismo.

Este programa tendrá un seguimiento prioritario en las áreas con tasas elevadas de la enfermedad.

Brucelosis

A lo largo del 2003 el Hospital continuará desarrollando el programa de Atención a la Brucelosis según las indicaciones establecidas en el documento elaborado por el grupo de procesos. Así mismo se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las Normas de Calidad contenidas en el mismo.

2.3.5 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 planificación familiar, que serán atendidos con los mismos criterios de prioridad establecidos para la lista de espera quirúrgica.

A lo largo del 2003 el Hospital adoptará y desarrollará el programa de Atención al Embarazo según las indicaciones establecidas en el documento elaborado por el grupo de procesos. Así mismo se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las normas de calidad contenidas en el mismo.

El Hospital garantizará el cumplimiento del programa materno infantil en su ámbito, con especial énfasis en la atención al 100% de los embarazos de alto riesgo.

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, especialmente en lo referente al cumplimiento del objetivo 38 del II Plan Andaluz de Salud, consolidando y ampliando la oferta de analgesia epidural en el parto.

El Hospital desarrollará las actuaciones del programa de metabopatías, la vacunación de la primera dosis de hepatitis B incluyendo la información para el seguimiento a los hijos de madres portadoras y promoverá la lactancia materna con medidas de apoyo a la madre evitando aquellas prácticas que puedan dificultarla.

El Hospital articulará las medidas necesarias para garantizar una atención integral al niño hospitalizado, que incluya la cobertura no sólo de sus necesidades clínicas, sino también de sus necesidades lúdicas, pedagógicas y afectivas. En este sentido, además de otras actividades contempladas en el programa de atención integral, el Hospital garantizará la existencia de un responsable del mismo, así como la existencia y funcionamiento de una comisión que coordine e integre las distintas actividades.

El Hospital velará por un 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.

En el segundo semestre de 2003 se implantará el Programa de Hipoacusia Infantil que será elaborado durante el primer semestre por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud.

2.3.6 Gestión Medioambiental

En el primer semestre de 2003 la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud analizarán, priorizarán y establecerán un calendario de aplicación de las propuestas contenidas en el Plan de Hospitales Sostenibles desarrollado en el año 2002.

A lo largo de 2003 el Servicio Andaluz de Salud garantizará la aplicación en sus centros asistenciales de la normativa sobre prevención y control de la legionelosis.

En el ejercicio 2003 el Hospital mantendrá los valores generados en materia de residuos sanitarios peligrosos.

El Servicio Andaluz de Salud elaborará a lo largo del 2003, un documento base para el desarrollo de un sistema de gestión medioambiental, en el que se incluirá el marco normativo, así como los sistemas de actualización del mismo y, se propondrá un calendario de actuaciones para la cumplimentación de la documentación del sistema.

El Servicio Andaluz de Salud integrará el programa de Gestión de Residuos en el Sistema de Gestión Medioambiental.

2.4 Procesos asistenciales y calidad asistencial

El Servicio Andaluz de Salud impulsará acciones dirigidas a optimizar los recursos y garantizar

la calidad y satisfacción deseadas, mejorando y adecuando la oferta de servicios y orientando su organización hacia la gestión por procesos asistenciales. Se prestará especial atención a todos los aspectos de la calidad, dirigiéndose los esfuerzos a los diferentes ámbitos de accesibilidad, aceptabilidad e integridad desde la perspectiva de la continuidad asistencial.

El Hospital deberá articular las medidas necesarias para asegurar una provisión de servicios con la máxima calidad. Para ello, desde las líneas establecidas por el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud y las directrices que se remitan desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria, el Hospital elaborará un Plan de Calidad para el período 2001-2004 dirigido a garantizar y facilitar la accesibilidad de los usuarios a sus servicios, asegurar la continuidad permanente de los cuidados, fomentar el más alto nivel de calidad científico - técnica, promover la docencia y la investigación y, en definitiva, a elevar el nivel de satisfacción de los usuarios en relación con los servicios que presta el hospital. Dicho Plan será elaborado y enviado a los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud para su aprobación en caso de no haber sido remitido con anterioridad.

2.4.1 **Procesos asistenciales**

Es necesario introducir elementos de garantía de calidad de las prestaciones a través de un proceso de acreditación de servicios que permita avanzar en la cultura de mejora continua y de dar una respuesta cada día más adecuada a las expectativas de ciudadanos y profesionales.

El Hospital incorporará en los Contratos de Gestión de sus Unidades acuerdos de colaboración interniveles, que incluyan objetivos de desarrollo y resultado de procesos asistenciales incluidos en el Mapa de Procesos Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Gestión de procesos asistenciales

El Hospital pondrá en marcha a lo largo de 2003 los procesos asistenciales definidos en el Mapa de Procesos Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía siguiendo la metodología contemplada en la Guía de diseño y mejora continua de Procesos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Mapa de procesos asistenciales 2001

- Cáncer de mama
- Dolor torácico
- Embarazo parto y puerperio
- Enfermedad pulmonar obstructiva
- Diabetes
- Demencias
- Fractura de cadera
- Síndrome ansioso depresivo
- Cuidados paliativos
- Cáncer de cervix/útero
- Ataque cerebrovascular
- Hiperplasia benigna/cáncer de próstata
- Atención al enfermo pluripatológico
- Catarata
- Patología osteoarticular crónica
- Colelitiasis/colecistitis
- Cefaleas

- Insuficiencia cardiaca
- VIH/SIDA
- Dolor abdominal

Mapa de procesos asistenciales 2002

- Amigdalectomía / Adenoidectomía
- Anemias
- Arritmias
- Asma del adulto
- Asma infantil
- Cáncer colorectal
- Cáncer de piel
- Disfonía
- Disfunción tiroidea
- Dispepsia
- Hemorragias uterinas anormales
- Hepatitis vírica
- Hernias Abdominales
- Insuficiencia venosa crónica
- Otitis
- Politraumatizados
- Síndrome febril de larga duración
- Síndrome febril en el niño
- Trasplantes
- Trastornos conducta alimentaria
- Prótesis Articulares

2.4.1.1 Normas básicas de calidad por proceso

El Hospital en el año 2003 adoptará las medidas oportunas para hacer efectivas las Normas Básicas de Calidad definidas para cada uno de los procesos asistenciales y que se recogen en el correspondiente anexo de este Contrato Programa. De igual modo el Hospital adoptará las medidas necesarias que permitan evaluar su cumplimiento.

2.4.1.2 Desarrollo de grupos de mejora

El Hospital impulsará a lo largo del año 2003, el desarrollo de grupos de mejora y otras estructuras informales de calidad, preferentemente de carácter internivel en sus centros sanitarios 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 del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2.4.2 Programas de garantía de calidad

El Hospital evaluará durante el 2003 el grado de implantación y desarrollo en el Centro, de las distintas líneas estratégicas del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Además de los objetivos y actuaciones inherentes al desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad, contemplados en otros apartados de este Contrato Programa y relacionados con los objetivos intermedios antes enunciados, el Hospital contemplará con carácter específico el desarrollo de las siguientes actuaciones:

Comisiones hospitalarias. El Hospital asegurará el funcionamiento de las comisiones hospitalarias, adecuando su desarrollo, diversidad y organización al nivel asistencial, docente e investigador del hospital. Con carácter específico asegurará el adecuado funcionamiento de la comisión de garantía de calidad.

Las Comisiones correspondientes analizarán, evaluarán y elaborarán conclusiones, al menos una vez durante 2003, en relación con la situación del Hospital en las siguientes áreas: mortalidad hospitalaria, morbilidad derivada de actuaciones sanitarias, prevalencia e incidencia de la infección nosocomial, reacciones adversas a medicamentos y a transfusión, calidad de cumplimiento de las Historias Clínicas, correlaciones diagnósticas anatomoclínicas, uso racional de la sangre, uso racional de la alta tecnología diagnóstica, atención integral del niño hospitalizado, nivel de desarrollo de la investigación.

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 Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Utilización de Hormona del Crecimiento. Los Hospitales recogidos en el correspondiente anexo de este Contrato Programa, enviarán a los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud tanto los Protocolos de continuación como los de finalización de tratamiento de acuerdo a los plazos establecidos en el mismo.

Control externo de calidad. El Hospital garantizará la participación de sus laboratorios en el sistema de control externo de calidad, según convenios, en su caso, del Servicio Andaluz de Salud y las correspondientes Sociedades Científicas.

Todos los equipamientos que realicen determinaciones analíticas deberán estar sometidos a un control externo de calidad.

Registro de tumores. Los Hospitales referidos en el correspondiente anexo mantendrán un Registro de Tumores Hospitalarios.

2.5 Cooperación asistencial

El Hospital establecerá planes de cooperación tendentes a garantizar la continuidad e integración asistencial con todos los centros y dispositivos asistenciales públicos y concertados de su entorno.

El Hospital promoverá una cultura de cooperación, de personalización en la atención clínica y de asistencia integral con los dispositivos de Atención Primaria a través del Acuerdo de Cooperación con los Distritos de su ámbito. Este acuerdo contendrá al menos los puntos recogidos en el correspondiente Anexo del presente documento y será elaborado y enviado a los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud antes del 30 de Abril.

2.6 Unidades clínicas

La participación de los profesionales se configura como uno de los principales objetivos del Servicio Andaluz de Salud. El Hospital desarrollará mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de responsabilidad en la gestión a las diferentes unidades, siguiendo las directrices enmarcadas en el Documento de "Estrategias para el Desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía".

A lo largo de 2003 el Servicio Andaluz de Salud, continuará impulsando el desarrollo de unidades clínicas de gestión, enfocadas a la gestión integral de los procesos, potenciando especialmente aquellas que incluyan diferentes especialidades y/o servicios, y/o diferentes niveles implicados y que añadan valor al proceso asistencial.

El Servicio Andaluz de Salud tomará las medidas adecuadas para orientar las unidades clínicas de gestión actualmente constituidas, hacia una gestión por procesos, tanto en sus objetivos asistenciales, como en los modelos organizativos y de incentivos vinculados.

El Hospital deberá disponer de sistemas de información básicos que le permitan la correcta gestión de sus unidades. Estos sistemas deberán tener un nivel de calidad suficiente y ser explotados de manera sistemática.

Los acuerdos que se establezcan con las unidades habrán de ser coherentes con los objetivos globales del centro y se recogerán en el documento elaborado a tal fin "Acuerdo de Gestión 2003" (Anexo a este Contrato Programa).

Los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud podrán auditar este proceso en cualquier momento, pudiendo utilizar para ello recursos propios, de instituciones periféricas o de instituciones externas al mismo.

2.7 Programas sectoriales

2.7.1 Salud mental

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 psicóticos,
- 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 manteniendo adscrito un facultativo de referencia a cada equipo básico de Atención Primaria (EBAP) y realizando reuniones periódicas entre los equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y los EBAP. Se mantendrá como objetivo aumentar la capacidad de resolución de los ESMD a través del aumento de las altas y la estabilización de la demanda de primeras consultas, manteniendo en 15 días la demora media para éstas. Se mejorará asimismo la atención domiciliaria de los pacientes que lo requieran fijando como objetivo alcanzar un número de visitas domiciliarias equivalente al 6% del total de consultas.

En esta línea, se considerará prioritaria la implementación a lo largo del año 2003, del Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, como elemento favorecedor de la coordinación entre niveles.

Mejora de la atención a los pacientes psicóticos. El Hospital evaluará el cumplimiento del protocolo de atención integral a dichos pacientes, en los siguientes aspectos:

- Elaboración del censo de pacientes,
- Implantación del plan de intervención individualizado incluyendo atención domiciliaria, programas de rehabilitación, psicoterapia y atención a familiares,

- Programas específicos que tengan en cuenta la continuidad de cuidados en atención comunitaria, hospitalización, rehabilitación, servicios de urgencias e Intervención en crisis,
- Coordinación interniveles de salud mental e intersectorial con servicios sociales, Fundación Andaluza para la integración social del enfermo mental (FAISEM) y administración de justicia.

En el ámbito de la hospitalización, el Hospital mantendrá la estancia media en el estándar de 18 días y aumentará la calidad del ambiente terapéutico.

En el primer semestre del año, se definirá el Proceso del Trastorno Mental Grave.

Atención a los niños y adolescentes. El Hospital elaborará programas funcionales de área que contemplen la hospitalización del niño preferentemente en las áreas de atención pediátrica. El Hospital implantará programas de día en la Unidad de Salud Mental Infantil para el abordaje de las siguientes patologías:

- Psicosis que debutan en la adolescencia,
- Trastornos de la personalidad graves en la adolescencia,
- Trastornos generalizados del desarrollo,
- Trastornos de conducta en adolescentes y,
- Trastornos de la conducta alimentaria.

El Hospital cuidará que los ESMD que aún no tienen implantada la atención infanto-juvenil, la lleven a cabo.

Para incidir tanto en la mejora en la atención a los psicóticos como a los niños y adolescentes, a lo largo del 2003 se desarrollaran cursos de formación destinados a las enfermeras de salud mental, tendentes a incrementar la actividad y el seguimiento de los pacientes más graves, en su domicilio, mediante la utilización de medios telefónicos.

Informatización de los servicios de salud mental. El Hospital colaborará con el fin de integrar el sistema de información de salud mental (SISMA) dentro de la historia de salud digital del ciudadano (DIRAYA).

2.7.2 Programa de donación y trasplantes

Adicionalmente a los objetivos recogidos en los anexos a este Contrato Programa, el hospital:

- Promoverá la puesta en marcha, y en su caso, el seguimiento del Programa de Calidad de la Hemodiálisis en Andalucía.
- Impulsará y ampliará el número de pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.
- Potenciará e incrementará cuantitativamente el uso de implantes de tejidos humanos en sustitución de otros materiales de la industria farmacéutica.

2.7.3 Urgencias

El servicio de urgencias del Hospital actuará con una visión de proceso único, para lo que trabajará unificadamente con Atención Primaria (dispositivos de cuidados críticos y urgencias) y con los dispositivos de emergencias, con los que desarrollará un plan de actuación unificada. El servicio de urgencias del Hospital implantará el plan funcional y sus correspondientes indicadores de calidad y estándares de actividad.

El servicio de urgencias del Hospital establecerá un sistema de información, basado en el módulo de urgencias de la historia de salud digital, que permita la obtención de un cuadro de mandos para introducir una sistemática de mejora continua de la calidad.

2.7.4 Programa de Hemoterapia

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, 7ª Edición del 2000), así como a toda la evidencia científica existente en la materia.

El Hospital velará por una correcta gestión de su depósito de sangre para que, en coordinación con su Centro de Transfusión de referencia, las tasas de no-utilización se ajusten a niveles razonables en la relación suficiencia / óptima utilización de la sangre y sus componentes. El porcentaje de utilización de hemáties así como de unidades de plasma se ajustará a los objetivos contemplados en los anexos de este Contrato Programa.

La tasa de caducidad de unidades de sangre se situará en los objetivos recogidos en el anexo correspondiente.

El Hospital impulsará - o mantendrá en su caso - durante 2003 la acreditación del banco de sangre.

El Hospital implantará durante el segundo trimestre de 2003 el Sistema de Hemovigilancia que se definirá por el Servicio Andaluz de Salud en el primer trimestre del año.

Con objeto de instrumentar estos objetivos, el Hospital garantizará el funcionamiento de la Comisión Hospitalaria de Transfusión (Circular 3/90 del Servicio Andaluz de Salud).

2.7.5 Plan Integral de Evaluación Tecnológica

El Hospital implantará aquellas actuaciones que correspondan, en su ámbito, a las contempladas en el Plan Integral de Evaluación Tecnológica que será definido por la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y la Agencia de Calidad Sanitaria en el primer cuatrimestre de 2003.

2.8 Actividad concertada

El Hospital ajustará la actividad asistencial que presta a través de contratos externos (transporte sanitario, diálisis, terapias respiratorias, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computerizada, etc.) o convenios (prestación ortoprotésica) al presupuesto y objetivos establecidos. Para ello deberán aplicarse los protocolos y guías clínicas existentes, y elaborar aquellos que se consideren necesarios, además de realizar el seguimiento y control administrativo y presupuestario de los contratos y del gasto.

3. Promoción del uso racional del medicamento

3.1 Es un objetivo básico y prioritario de la organización el uso racional del medicamento. Para ello, se pondrán en marcha todas las medidas necesarias, especialmente las incluidas en este Contrato Programa y las incluidas en el "Plan de gestión integral de la prestación farmacéutica entre los Distritos y Hospitales" que ha sido desarrollado por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces y eficientes y lograr, de esta forma, que al final del cuatrienio el gasto por habitante del Servicio Andaluz de Salud sea el más bajo del Sistema Nacional de Salud.

3.2 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.

3.3 Los Hospitales desarrollarán y llevarán a cabo las actuaciones y estrategias que, para la consecución de los objetivos previstos para la prescripción de medicamentos a través de recetas, han incluido en su "Plan de Actuación para el Uso Racional del Medicamento en la prescripción a través de recetas".

3.4 El Hospital asegurará que los médicos de Asistencia Especializada extiendan las correspondientes recetas oficiales cada vez que realicen una prescripción de medicamentos a pacientes no ingresados, dadas las molestias que la no-cumplimentación de la receta supone para los pacientes (Circular 6/96 del Servicio Andaluz de Salud) y la falta de información que, sobre las prescripciones realizadas, representa este hecho.

Como complemento a lo anteriormente expuesto, el Hospital deberá establecer un sistema mecanizado de información que identifique las prescripciones que se realicen en informes de alta u otros documentos a pacientes ingresados, pacientes atendidos en urgencias y pacientes vistos en consultas externas.

3.5 El Hospital dotará a sus botiquines de los medicamentos necesarios para garantizar la adecuada atención del paciente urgente. Dichos medicamentos, de acuerdo con lo previsto en la circular 20/91, de 4 de diciembre, del Servicio Andaluz de Salud, podrán ser entregados al paciente en la cantidad precisa para 24 horas.

En aquellas situaciones en las que se requiera prescribir otros fármacos o se necesite una duración del tratamiento mayor de 24 horas, el facultativo, conforme a lo establecido en la Circular 6/96, emitirá la correspondiente receta oficial del Servicio Andaluz de Salud.

3.6 Los Hospitales y Distritos de Atención Primaria impulsarán, entre sus facultativos, la prescripción "por principio activo". Para ello, además de realizar las actuaciones que estimen convenientes, facilitarán a éstos, al menos trimestralmente, la información sobre el indicador "Porcentaje de número de recetas prescritas "por principio activo" respecto al total de recetas prescritas de especialidades farmacéuticas".

3.7 El Hospital promoverá la no-prescripción, a través de receta oficial, de medicamentos calificados de valor intrínseco no elevado (VINE). Para ello se facilitará a los facultativos informa-

ción sobre la evolución del indicador por dicho concepto y los listados de los medicamentos calificados como VINE prescritos por ellos.

3.8 El Hospital promoverá la no-prescripción, a través de receta oficial, de novedades terapéuticas de las que no exista suficiente experiencia clínica o no aporten ninguna ventaja sobre los ya existentes. Para ello, en la medida que el sistema de información lo permita, facilitarán a los facultativos información sobre la evolución del indicador por dicho concepto.

3.9 El Hospital continuará realizando sesiones con los servicios médicos para explicar los objetivos contenidos 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.

3.10 Como nuevas líneas de actuación en la promoción del uso racional del medicamento prescrito a través de receta, los hospitales y distritos de Atención Primaria impulsarán entre sus facultativos la elección de omeprazol frente al resto de inhibidores de la bomba de protones (IBP), de ibuprofeno y diclofenaco frente al resto de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y de pravastatina, simvastatina o lovastatina frente al resto de estatinas. Para ello, además de realizar cuantas acciones estimen convenientes, facilitarán a sus facultativos, al menos trimestralmente la información sobre los indicadores "porcentaje de prescripción de Dosis Diaria Definida (DDD) de omeprazol frente al total de DDD de IBP prescritas", "porcentaje de prescripción de DDD de ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno frente al total de DDD de prescritas de AINEs", y "porcentaje de prescripción de (DDD) de pravastatina, simvastatina y lovastatina frente al total de DDD prescritas de estatinas".

3.11 El Hospital implantará las medidas necesarias para mejorar la eficiencia en la adquisición y en la utilización de medicamentos en los centros, ajustándose a los objetivos que, sobre consumo farmacéutico máximo, de pacientes ingresados y no ingresados se establecen en este Contrato Programa.

3.12 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.

3.13 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:

- Dará a conocer, a la comisión de farmacia y terapéutica y a los jefes de servicio del hospital, la guía farmacoterapéutica que el Servicio Andaluz de Salud ha establecido de referencia.
- La comisión de farmacia y terapéutica seguirá estrictamente la metodología interna que debe tener instaurada para que la inclusión de medicamentos se adecue a la evidencia disponible, se tengan en cuenta factores económicos como impacto de la inclusión del medicamento en el presupuesto hospitalario y el impacto económico en el 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 en que se basa la decisión de inclusión o no en guía de dicho medicamento.
- Asimismo, deberá tener en cuenta las recomendaciones que sobre inclusión de medicamentos se realicen en la guía farmacoterapéutica de referencia. Para ello, más del 80% de los medicamentos que incluya, han tener la recomendación de inclusión, o lo que es lo mismo, han de estar incluidos en la citada guía.

- 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.
- Con el fin de realizar un seguimiento de la selección de medicamentos y de la protocolización de tratamientos, se remitirá copia del acta, de cada una de las reuniones de la comisión de farmacia y terapéutica, al Servicio de Suministros Farmacéuticos de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

3.14 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.

En el presente año deberán elaborarse y difundirse informes sobre la utilización de, al menos, tres de los principios activos de los de mayor impacto económico para el hospital, a fin de evaluar su adecuación a los criterios de utilización contenidos en la guía farmacoterapéutica o en protocolos establecidos. De dichos informes se remitirá copia al Servicio de Suministros Farmacéuticos de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones.

3.15 El Hospital ordenará los medios necesarios para garantizar el uso racional de los medicamentos en pacientes ambulatorios, llevando a cabo un riguroso seguimiento de dichos pacientes y en especial de aquellos con tratamiento antirretroviral, haciendo especial énfasis en la adherencia y cumplimiento de la terapia prescrita, en la comodidad, facilidad e intimidad para el paciente y en los niveles de resistencia a fármacos detectados.

3.16 El Hospital ordenará los medios y adoptará 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 prescriptor al Servicio de Farmacia del Hospital que dicho paciente haya decidido. El consumo de medicamentos que realicen estos pacientes se imputará al hospital al que está adscrito el médico prescriptor. De la misma forma, los créditos necesarios para la adquisición de dichos medicamentos se situarán siguiendo las decisiones de elección de los pacientes.

3.17 Los Hospitales dedicarán 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 llevadas a cabo a pacientes ingresados, como las realizadas a pacientes ambulatorios y a pacientes externos a través de receta.

3.18 El Hospital deberá optimizar, durante el presente año, la mecanización informática de la asignación de recetas a sus facultativos a través del módulo de gestión de talonarios de la aplicación Farma.

3.19 El Hospital enviará, antes del día 15 del mes siguiente, al Servicio de Suministros Farmacéuticos, en formato electrónico, la hoja de cálculo que incluye la información mensual que se recoge en el anexo de prestaciones farmacéuticas y la imputación de consumos de pacientes externos a los hospitales a los que pertenece el médico prescriptor y los ficheros de adquisiciones y consumos que se recogen en los anexos de este Contrato Programa.

4. Docencia e investigación

4.1 El Hospital desarrollará las actividades de formación continuada necesarias para mejorar la adecuación de sus profesionales a los puestos de trabajo que desempeñan. Dichas actividades se orientarán prioritariamente a las siguientes áreas formativas:

- Gestión de procesos asistenciales,
- Plan Integral de Diabetes,
- Plan Integral Oncológico,
- Nuevos planes que se desarrollaran en 2003,
- Atención al cliente,
- Gestión clínica,
- Cuidados de enfermería,
- Uso racional de medios diagnósticos,
- Gestión Medioambiental,
- Infecciones nosocomiales,
- Uso racional del medicamento y medios tecnológicos terapéuticos,
- Sistemas de información,
- Gestión de compras,
- Prevención de riesgos laborales.

Asimismo, el Hospital velará por la calidad de las enseñanzas prácticas de pregrado y postgrado que imparte en el ámbito de las ciencias de la salud.

4.2 A lo largo de 2003 los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud someterán sus actividades de formación continuada a los procesos de acreditación y mejora continua.

4.3 En el segundo semestre de 2003 el Hospital adaptará sus estructuras organizativas de investigación al Plan autonómico de estructuras de investigación.

En el año 2003 todos los proyectos de investigación de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud adaptarán sus líneas de investigación a las Líneas Marco definidas para todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En el primer semestre de 2003 los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud desarrollarán las Comisiones de Ética e Investigación según el Decreto 232/2002 que regula los órganos de Ética e Investigación Sanitarias.

A lo largo de 2003 los Comités Locales de Ensayos Clínicos de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud se acreditarán según los criterios establecidos en el desarrollo del citado decreto 232/2002.

El Hospital a lo largo del año 2003, seguirá potenciando el desarrollo de proyectos de investigación de carácter multicéntrico entre Atención Primaria y Atención Especializada.

En el primer semestre de 2003 la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud analizarán para su aplicación práctica los resultados sobre Necesidades de Formación Especializada.

4.4 El Hospital a lo largo del 2003 desarrollará sobre la base del Plan de Bibliotecas acciones de mejora orientadas a facilitar la búsqueda de documentación científica a los profesionales de sus centros. Para ello, impulsarán la calidad de prestaciones de sus bibliotecas, con mejoras de espacios y tecnologías.

5. Gestión de recursos humanos

El Contrato Programa Consejería de Salud - Servicio Andaluz de Salud hace un especial énfasis en la línea de desarrollo profesional, al considerar que los profesionales son la clave en la mejora continua del sistema sanitario.

La Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud se ha planteado la adaptación de su marco organizativo interno de cara a contribuir a mejorar la definición y el desarrollo de nuevas políticas de personas y a la normalización y descentralización como principios orientadores de su actuación.

Nos planteamos como objetivo fundamental, globalizador, el desarrollo de un Plan de Comunicación coherente, sistemático y completo, por un lado con las instituciones que conforman el Servicio Andaluz de Salud, con sus profesionales y con el resto de centros e instituciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Para ello, es nuestra intención poner a disposición de todos nuestros centros un completo sistema de información y gestión de profesionales que facilite la toma de decisión y la operativización de las políticas de personal definidas (Seguimiento del gasto, sistema integrado de gestión de expedientes de personal, gestión de turnos e incidencias del personal, modulo de consultas directas a las bases de datos, etc.).

Es nuestro propósito, igualmente, estandarizar la gestión de los profesionales y su coste y para ello se va a negociar lo que hemos venido en llamar "El Plan de Gestión de Capitulo I" de cada centro.

Para unificar la gestión, el control y seguimiento del absentismo y del ausentismo, además del modulo informático antes mencionado, se ha formalizado un acuerdo central con la Oficina de Inspección de la Consejería de Salud que habrá que individualizar y adaptar con acuerdos específicos entre cada centro y la inspección médica provincial.

En el ámbito de la Salud Laboral y de la Prevención el objetivo lo centramos, por un lado en diseñar e implantar las estructuras de las unidades de prevención, y por otro en desarrollar el plan de riesgos del puesto de trabajo.

Finalmente, estamos preparando la metodología y las herramientas para acometer definitivamente la gestión de profesionales sobre la base de mapas de competencias, inicialmente en aquellas Unidades de Gestión Clínica orientadas a proceso que resulten acreditadas según establece el Contrato Programa.

6. Gestión económica

Los objetivos del área económica para el periodo 2001-2004 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.

6.1 Gestión presupuestaria

En el periodo 2001 a 2004 el Hospital 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 2003 el Hospital deberá realizar las acciones necesarias que le lleven a conseguir los resultados fijados en este Contrato Programa.

En el periodo 2001 a 2004 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 Hospital como para la Dirección del Servicio Andaluz de Salud.

Durante el periodo 2001 a 2004 el Hospital 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.

6.2 Gestión de compras de suministros y servicios. (Hospitales y Distritos)

Durante el año 2003 el Servicio Andaluz de Salud iniciará la implantación de un modelo de ciclo completo de aprovisionamiento y logística. Esta iniciativa contempla por un lado la creación y organización de un mercado digital en el que los agentes operarán a través de un Portal de Internet creado por el Sistema Sanitario Público de Andalucía para atender sus necesidades de aprovisionamiento. Para la consecución de este fin se definirán e implantarán de forma progresiva un conjunto de herramientas de soporte de los subprocesos que en su conjunto constituirán la plataforma de acceso al mercado digital.

Por otro lado, las restantes funciones que constituyen el proceso logístico (almacenamiento, distribución, control de consumos, etc.), se verán incluidas en el modelo de ciclo completo cuya implantación se persigue, de modo que las restantes dimensiones relacionadas con las funciones de aprovisionamiento y logística se vean integradas en sus ámbitos de operaciones: desde el proceso de elaboración de las condiciones de contratación hasta la adjudicación y seguimiento del contrato; desde la gestión de pedidos hasta el control de existencias en almacén; desde la distribución a la identificación de consumos, etc.

Los Centros del Servicio Andaluz de Salud adaptarán la organización de sus procesos de aprovisionamiento y logística al programa y calendario de implantación que establezca la Dirección General de Gestión Económica.

En lo relativo a la identificación de productos, en el primer trimestre de 2003 todos los Centros del Servicio Andaluz de Salud habrán incorporado en sus respectivos sistemas de información y gestión el Estándar Corporativo de Identificación (ECI) en lo referido al Catálogo de Productos y Materiales de consumo. En consecuencia, todas las transacciones de compra de productos catalogados, cualquiera que fuera el procedimiento empleado de entre los previstos en las normas vigentes, identificarán el objeto de la contratación mediante la pauta ECI: esto es con el código y la denominación oficial según el Catálogo de Productos y Materiales de consumo.

De igual modo los anuncios de adjudicación y transacciones de compra de productos específicos (marcas comerciales) con tipo determinado que dispongan de código de identificación de producto (CIP) conforme a la pauta ECI, deberán utilizarlo obligatoriamente.

Al finalizar el período 2001-2004 todos los Centros del Servicio Andaluz de Salud incluirán de forma sistemática en su plan de gestión la formalización de pactos de consumo con todas sus Unidades y Servicios con relación a la actividad que desarrollan, y estructurarán un sistema de información para el seguimiento de su ejecución.

Durante el primer cuatrimestre de 2003 el Centro presentará un balance de la situación de partida en esta materia y propondrá un plan para extender la cobertura de los pactos de consumo al conjunto de Unidades y Servicios afectados.

Durante el período 2001-2004 los Centros del Servicio Andaluz de Salud realizarán el 80 % de sus compras mediante procedimientos reglados de concurso público o negociado, ya ordinario ya derivado de determinación de tipo. A tal efecto, al finalizar el año 2003 cada centro deberá situarse como mínimo en el 75 % de su objetivo en términos de reducción de la distancia existente al 31 de diciembre de 2000.

Desde enero de 2003 todos los Centros del Servicio Andaluz de Salud adaptarán la gestión de sus facturas al siguiente esquema procedimental:

- i) El registro mediante el módulo F.O.G. no deberá superar los cinco (5) días desde la efectiva recepción de la factura; y
- ii) La conformación no deberá producirse con una demora mayor de treinta (30) días de la fecha del registro de la obligación.

Los Centros dispondrán de un sistema de información que les permita conocer en todo momento la fecha de finalización de los contratos de servicios y, en su caso, de adquisición de bienes, con el fin de realizar, con la antelación suficiente, los trámites de renovación o nueva contratación que correspondan.

6.3 Gestión Financiera

En la línea emprendida en el año 2001, 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 2003, como objetivos prioritarios en el marco de la Tesorería: la consolidación del procedimiento de liquidación de derechos, 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 una liquidación notificada equivalente a la recaudación media obtenida durante los ejercicios 2001 y 2002 (excluidos los ingresos acumulados en artículo 38 -reintegros al presupuesto- que actúan como ingresos virtuales).
- Durante el ejercicio 2003, los Centros adoptarán las medidas necesarias para garantizar el trasvase de información asistencial, susceptible de cargos a terceros obligados al pago, al área económica responsable de la gestión de ingresos en cada Centro, conforme al protocolo que será definido mediante Circular de la Dirección General de Gestión Económica.

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.

6.4 Contabilidad de Costes (Coan - hyd)

Durante el año 2002 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. Los objetivos para el ejercicio 2003 son los siguientes:

- Encauzar el sistema de información del Hospital para poder incorporar el máximo posible de costes controlables a cada una de las líneas funcionales abiertas: CMA, cma, HDM, etc.
- Establecer los objetivos en costes, actividad e interconsumos de cada uno de los centros de responsabilidad, por agregación de sus líneas funcionales.
- Suministrar mensualmente a cada responsable de los centros de costes, los informes de seguimiento y sus anexos, en orden a facilitarles la toma de decisiones.

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.

Los Hospitales enviarán la información disponible en la aplicación Coan - hyd semestralmente a los Servicios Centrales y facilitarán y participarán en las auditorías selectivas que se planteen desde los Servicios Centrales para constatar el cumplimiento de los objetivos relacionados con este programa.

6.5. Control del gasto por la Intervención Central del Servicio Andaluz de Salud

A partir de año 2003 la Intervención Central, como órgano encargado de velar por el cumplimiento de la legalidad económico-presupuestaria y contable en el Servicio Andaluz de Salud, elevará a la Dirección Gerencia del Organismo Informes periódicos internos sobre su cumplimiento en los Hospitales. El resultado del análisis de tales informes podrá incorporarse a la

variables de gestión presupuestaria contempladas en el modelo de incentivos vinculado a la evaluación del Contrato Programa de 2003.

Es un objetivo del Organismo proponer a la Consejería de Economía y Hacienda que, a corto plazo y de forma escalonada, se acuerde por el Consejo de Gobierno la extensión del Control Financiero Permanente a todos los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Los informes periódicos citados serán determinantes para seleccionar y priorizar los centros que puedan acogerse a dicho sistema. Los informes se soportarán, según el tipo de centro, en la siguiente documentación:

6.5.1. Centros de Control Financiero Permanente o fiscalización a posteriori

Sobre la base de los informes mensuales de gestión elaborados por los respectivos Interventores Provinciales o de Centros, previstos en la Instrucción 6/2002, de 19 de Julio, de la Intervención General de la Junta de Andalucía, sobre el Control Financiero Permanente en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud, se analizará especialmente el seguimiento de las recomendaciones propuestas en los mismos, conforme al procedimiento establecido en el apartado Sexto del Acuerdo del Consejo de Gobierno, de 7 de mayo de 2002.

6.5.2. Centros sometidos a Fiscalización Previa

Sobre la base de las Notas de Reparos o de Observaciones elaboradas por los respectivos Interventores Provinciales o de Centros.

7. Inversiones

La adecuación funcional de los edificios, sus instalaciones y el equipamiento electromédico constituye una base fundamental de trabajo para obtener los fines de actividad asistencial deseados. Las actuaciones en esta materia deberán conseguir que los activos patrimoniales estén en su utilización óptima.

Por lo tanto, la infraestructura del Hospital tenderá a su óptima puesta a punto para permitir su disponibilidad siempre acorde con las disposiciones reglamentarias que cada normativa específica aconseje.

Durante el primer semestre del año 2003 el Hospital pondrá en vigor un plan de actuación para adaptar a normativa su infraestructura.

Asimismo, en el año 2003, el Hospital actualizará el catálogo técnico de su infraestructura (edificios e instalaciones industriales), en colaboración con la Subdirección de Inversiones de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.

El Hospital deberá adecuar sus sistemas de información para mantener un inventario y un sistema de gestión del equipamiento electromédico, a fin de permitir la planificación de su reposición futura y la adecuación, en todo momento, a la actividad asistencial, así como la exportación de información a los órganos de dirección del Servicio Andaluz de Salud.

Para conseguir los fines propuestos, se habilitan créditos en Capítulo VI, cuyos importes aparecen en los anexos de este Contrato Programa

Las inversiones destinadas a reposición deberán contemplar actuaciones en adecuación y dotación de instalaciones industriales y equipos electromédicos, de fácil y rápida instalación y puesta en marcha durante los primeros meses del ejercicio 2003, a fin de no obstaculizar el normal funcionamiento del Hospital y conseguir la adecuada dotación para obtener los fines de producción sanitaria, objetivo de este documento. De aplicar dotaciones presupuestarias a inversiones cuya ejecución sea más lenta, deberán periodificarse convenientemente en anualidades futuras de forma que permitan una gestión ágil.

El Hospital deberá comunicar a la Subdirección de Inversiones los objetivos que con cargo a los créditos desconcentrados se realizarán, para lo cual se les enviará un formato por correo electrónico que deberán cumplimentar.

El mantenimiento de equipamiento electromédico cuya gestión económico-administrativa se realiza desde la Subdirección de Inversiones, se desconcentrará a los respectivos centros de gasto, una vez que los contratos correspondientes actualmente en vigor finalicen. Para ello se dotará presupuestariamente a cada centro de gasto con los importes necesarios y se les facilitará instrucciones para la gestión del expediente de contratación.

8 Financiación

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 de los Hospitales diseñado se configura como un modelo prospectivo en el que se establecen un presupuesto global cerrado para cada Hospital y los correspondientes objetivos de actividad.

El modelo vinculará progresivamente la financiación para el periodo 2002-2004 a la población de referencia del hospital. 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 para este Hospital debe ser considerado como definitivo para el ejercicio del año 2003.
- Los recursos financieros asignados al Hospital para el año 2003 se detallan en la cuenta de ingresos recogida en los anexos de este Contrato.
- El Hospital 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 para el año 2003 requerirán la aprobación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y de la Dirección General de Gestión Económica.

El modelo diseñado para el año 2003 contempla tres bloques de financiación:

- Financiación por Atención Sanitaria a la Población.
- Ingresos diferenciales.
- Ingresos por facturaciones y cobros a terceros.

Financiación por Atención Sanitaria a la Población:

El modelo financiero de asignación a cada Hospital para atención sanitaria a la población adscrita se estructura mediante el ajuste de una tarifa sobre una base capítativa 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 capítativa como son la Formación MIR, las inversiones y otros programas específicos.

Ingresos por facturaciones y cobros a terceros:

Este apartado recoge los ingresos presupuestarios de capítulos III y V tales como ingresos por asistencia sanitaria a no beneficiarios y concesiones administrativas.

9. Sistemas de información

La adaptación de la organización sanitaria a los cambios asistenciales y sociales que se vienen produciendo en los últimos años, genera la necesidad de dotar a los sistemas de información vigentes en nuestros centros, de mayor flexibilidad, especialmente en el ámbito de la actividad asistencial.

El Hospital mantendrá los sistemas de información implantados y remitirá los datos a los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud siguiendo los procedimientos establecidos y en los plazos definidos para cada uno de ellos en los anexos de este Contrato Programa.

El Hospital colaborará en el mantenimiento y actualización permanente de la guía de recursos. El Hospital implantará en 2003 el Sistema Integral de Alertas Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Hospital deberá garantizar la fluidez de la información hacia los profesionales, mejorando su disponibilidad y la calidad de sus contenidos.

El Hospital asegurará la formación de los profesionales del ámbito de los sistemas de información.

El Hospital facilitará cuantas actividades de evaluación la calidad de los sistemas de información se desarrollen desde los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.



Anexos
Contrato
Programa
de los hospitales
del Servicio
Andaluz de Salud
2001-2004

2003





Anexo 1

Atención al usuario

Objetivo 2001-2004 Elaboración completa del plan de información a usuarios.

Objetivo 2003 El hospital aplicará los criterios que se establezcan para el procedimiento del consentimiento informado (CI) de acuerdo a la regulación vigente para los centros del Servicio Andaluz de Salud. Aplicará los modelos de consentimiento informado escrito como se hayan establecido - que estarán revisados y validados por la Dirección - para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos de riesgo.

Evaluación Envío a los SS.CC., antes de la finalización del primer trimestre, de una ficha con la relación nominativa y exhaustiva de modelos documentales de CI que se utilizan en el hospital y en sus centros dependientes. La información se referirá a cada uno de los centros e irá clasificada en procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos, con la correspondiente codificación.

Envío a los SS.CC., antes de la finalización del tercer trimestre del año de la ficha referida, con los modelos documentales de CI que ya estén validados por la Dirección del hospital en cada uno de los centros, siguiendo las Instrucciones de la Dirección Corporativa. En esas fechas, estos documentos deberán suponer, al menos, el 70% de los que habitualmente se utilicen en el hospital. Se añadirán en la ficha nuevos modelos que se hayan podido validar, aunque no estuvieran incluidos en el envío del primer trimestre. (Además de la relación de procedimientos con CI validado, se remitirán todos los modelos concretos que se han validado y sus contenidos, en formato electrónico - disquetes o CD-, por si se considerara de interés difundirlos a todo el ámbito del SSPA).

Objetivo 2001-2004 Implantación de la identificación permanente de todos los profesionales del área hospitalaria durante su jornada laboral.

Objetivo 2003 Utilización de la tarjeta identificativa por parte del 100% de los profesionales del área hospitalaria y establecimiento de mecanismos de seguimiento para su utilización.

Indicador Declaración semestral de cumplimiento de estándares según auditoría del hospital.

Evaluación de este apartado en las encuestas de satisfacción realizadas a pacientes ingresados y a pacientes atendidos en consultas externas y en CPE.

Objetivo 2003 El hospital pondrá a disposición de los usuarios el correspondiente modelo de la "guía de usuarios" adaptada a las distintas situaciones - entrega de la guía al ingreso hospitalario y oferta de otro tipo de guía en las consultas - .

Evaluación El hospital remitirá, antes de finalizar el primer trimestre, el modelo de guía que ha adaptado para cada uno de sus centros.

Número de centros del hospital, respecto al total que, a partir del segundo trimestre del año, ofrecen la "guía de usuarios" y disponen, permanentemente, de estas guías.

Relación nominativa de folletos de información revisados y catalogados por el hospital.

Objetivo 2003 El hospital colocará la "Carta de derechos y deberes del Sistema Sanitario Público de Andalucía"- según el modelo remitido por los Servicios Centrales- en todos los puntos de acceso a sus centros, en lugares bien visibles de cada planta e incluso en cada una de las habitaciones hospitalarias, según los diferentes tamaños o formatos diseñados.

Evaluación Número de centros dependientes del hospital (respecto al número total de centros) que han instalado, antes de finalizar el primer trimestre, la "Carta de derechos y deberes". (Esta información será facilitada por el propio hospital antes de finalizar el primer trimestre).

Número de reclamaciones presentadas en el hospital, a partir del segundo trimestre, por incumplimiento de los derechos recogidos en la carta de derechos y deberes. (Esta información será facilitada por el propio hospital antes de finalizar el año).

El Hospital evaluará semestralmente la aplicación de los Derechos contenidos en la Carta en todos sus Centros, y de los resultados obtenidos emitirá un informe.

Objetivo 2003 A todo paciente que ingrese en el hospital se le asignará un médico y una enfermera responsables de su proceso.

Evaluación Porcentaje de pacientes que ingresan y se les asigna un médico y enfermera responsables de su proceso durante su estancia en el hospital y conocen el nombre de dichos profesionales. (Deberá ser superior al 90% a partir del segundo trimestre de 2003 según auditoría trimestral realizada por el propio hospital y cuya metodología también se recogerá).

Objetivo 2001-2004 El hospital asegurará el respeto a la privacidad del paciente en cada caso evitando la presencia, observación o escucha de personas ajenas a la atención directa.

Objetivo 2003 Diseño, desarrollo y aplicación del Plan de actuación específico y periodificado sobre mejora de la intimidad elaborado por el hospital en consonancia con los criterios y estándares recogidos en el "Plan de intimidad" definido desde los SS.CC. sobre intimidad / privacidad / respeto, que debe ir dirigido a todas las áreas de trabajo del hospital.

Evaluación Envío a los SS.CC. del Plan de actuación específico del hospital sobre la mejora de la intimidad, con el calendario de cada actuación y la evaluación prevista para las mismas, antes de finalizar el primer trimestre del año. (El Plan debe contemplar, además, el Protocolo de actuación del hospital en relación a la garantía de confidencialidad de la información sanitaria -ya sea en formato escrito o mecanizado- que deberá estar implantado antes de finalizar el primer trimestre del año).

Objetivo 2001-2004 Funcionamiento pleno del modelo "ventanilla única" y adaptación de todos los dispositivos de atención al usuario del área hospitalaria.

Objetivo 2003 El hospital ampliará el modelo de ventanilla única - para información y para gestión- a todos los puntos de atención al usuario al finalizar el primer trimestre del año, tanto en el hospital como en sus centros periféricos dependientes.

Evaluación Declaración del hospital tras auditoría interna.

Cumplimentación de un cuestionario específico antes de finalizar el primer trimestre.

Relación de procedimientos completos que se aplican en los Centros dependientes según el modelo de ventanilla única.

Objetivo 2001-2004 Declarar todos los centros sanitarios como "Centros libres de humo de tabaco".

Objetivo 2003 El hospital pondrá en marcha los mecanismos de seguimiento y control necesarios para garantizar el cumplimiento de este objetivo tanto por parte de los profesionales como de los pacientes y familiares. A todos los efectos el hospital es un "centro libre de humo de tabaco".

Evaluación Auditoría trimestral de la dirección sobre el cumplimiento del objetivo: centro libre de humos, cuyos resultados remitirán con esa misma periodicidad a los SS.CC.

Número de reclamaciones, a lo largo del año, que tengan como motivo que profesionales, pacientes o familiares fumen en el hospital.

Objetivo 2001-2004 Mejorar la participación y la satisfacción expresada por los usuarios.

Objetivo 2003 El hospital analizará los resultados de sus encuestas - encuesta externa post-hospitalización, encuesta autoadministrada al alta y encuesta sobre consultas externas y CPE - y fijará las áreas de mejora de sus resultados y posición en la encuesta en las diferentes áreas de atención al usuario teniendo en cuenta las recomendaciones que se realicen para cada hospital. En el caso de las encuestas autocumplimentables al alta, el hospital analizará las opiniones escritas directamente por los usuarios y aplicará medidas para corregir los problemas detectados.

Evaluación Índice sintético de satisfacción para la encuesta de hospitalización con los componentes: atención recibida, hostelería, información, orientación e identificación, según grupos de hospitales. (Cada hospital recibirá un documento completo con sus resultados y las recomendaciones de mejora).

Mejora significativa de los datos sobre satisfacción correspondientes a aspectos específicos fijados para el Hospital en el 2003 por los SS.CC.

Elaboración de un índice sintético similar al anterior para la encuesta de consultas externas. Remisión a los SS.CC. en el primer trimestre de 2003 del "Plan de intervención" diseñado por el hospital para modificar las áreas que deben mejorar la valoración por parte de los usuarios, - partiendo de los resultados de las encuestas de 2002-.

Objetivo 2003 El hospital promoverá la participación de los usuarios en diferentes iniciativas, mediante el uso de herramientas de mejora de la calidad, realizando, al menos, dos grupos focales para conocer las expectativas de los usuarios cuyos resultados se incorporarán al banco de expectativas del SSPA.

Evaluación Relación nominal de iniciativas de mejora -a través de grupos focales, grupos de mejora, etc.- en las que se ha producido una participación directa de usuarios y representantes de diferentes organizaciones de usuarios. Esta evaluación se remitirá antes de finalizar el año, con la descripción y valoración de los resultados.

Objetivo 2003 Aplicación del procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las reclamaciones del área, incluidos , en su caso, los CPE. Creación o mantenimiento de la Comisión de Seguimiento de las reclamaciones.

Evaluación Existencia del procedimiento escrito sobre reclamaciones aprobado por la Dirección. Se remitirá a los SS.CC. en el primer trimestre de 2003.

Porcentaje de reclamaciones cerradas en el año con respuesta adecuada en menos de 30 días. (Remisión del dato, antes de finalizar el año, a SS.CC.).

Porcentaje de reclamaciones en las que el usuario ha recibido respuesta de la institución en un plazo no superior a 15 días. (Se aceptará como respuesta, en este caso, la comunicación previa al usuario avisándole de que se está investigando su reclamación). Remisión del dato, con carácter trimestral, a SS.CC.

Porcentaje de reclamaciones que ha sido revisado por la Comisión de Seguimiento del hospital y que ha dado lugar a la adopción real de medidas de mejora. Remisión del dato, con carácter trimestral, a SS.CC.

Número total de reclamaciones en el año y clasificación en los diez grupos de mayor frecuencia

Número de meses en los que se ha procedido a la carga de las reclamaciones en el sistema de información centralizado.

Objetivo 2001-2004 Garantizar el ejercicio informado de los usuarios a la libre elección en primeras consultas especializadas y asegurar la continuidad asistencial por el mismo profesional que inició el proceso.

Objetivo 2003 Los usuarios y profesionales de atención primaria dispondrán de la información actualizada necesaria sobre oferta de especialistas y servicios que se pueden elegir y de sus correspondientes demoras.

Evaluación Periodo de actualización de la información para la libre elección declarada por el hospital, cotejada con la declarada por los distritos de referencia (cuestionario específico) y porcentaje de coincidencia.

Objetivo 2003 El hospital, mediante acuerdo con el distrito o distritos con mayor flujo de pacientes, mantendrá vías de citación "on line", para las primeras citas, para los centros desde los que habitualmente se pide cita a los especialistas del área hospitalaria.

Evaluación Relación de centros del distrito o distritos que acceden a la citación "on line" con el hospital (Según datos comunicados por el hospital).

Porcentaje de centros de salud del distrito o distritos que acceden a la citación "on line".

Objetivo 2003 Desarrollar el plan general de actuación hotelera y poner en marcha actuaciones inmediatas para mejorar el aspecto, la comida y la limpieza del hospital.

Evaluación Elaboración y envío, por parte del hospital y antes de finalizar el primer trimestre, de las diferentes líneas de su Plan de actuación hotelera previstas para el año.

Evaluación del hospital, antes de finalizar el año, de las medidas implantadas.

Objetivo 2001-2004 Aplicación del proyecto "Mejora de las pequeñas cosas".

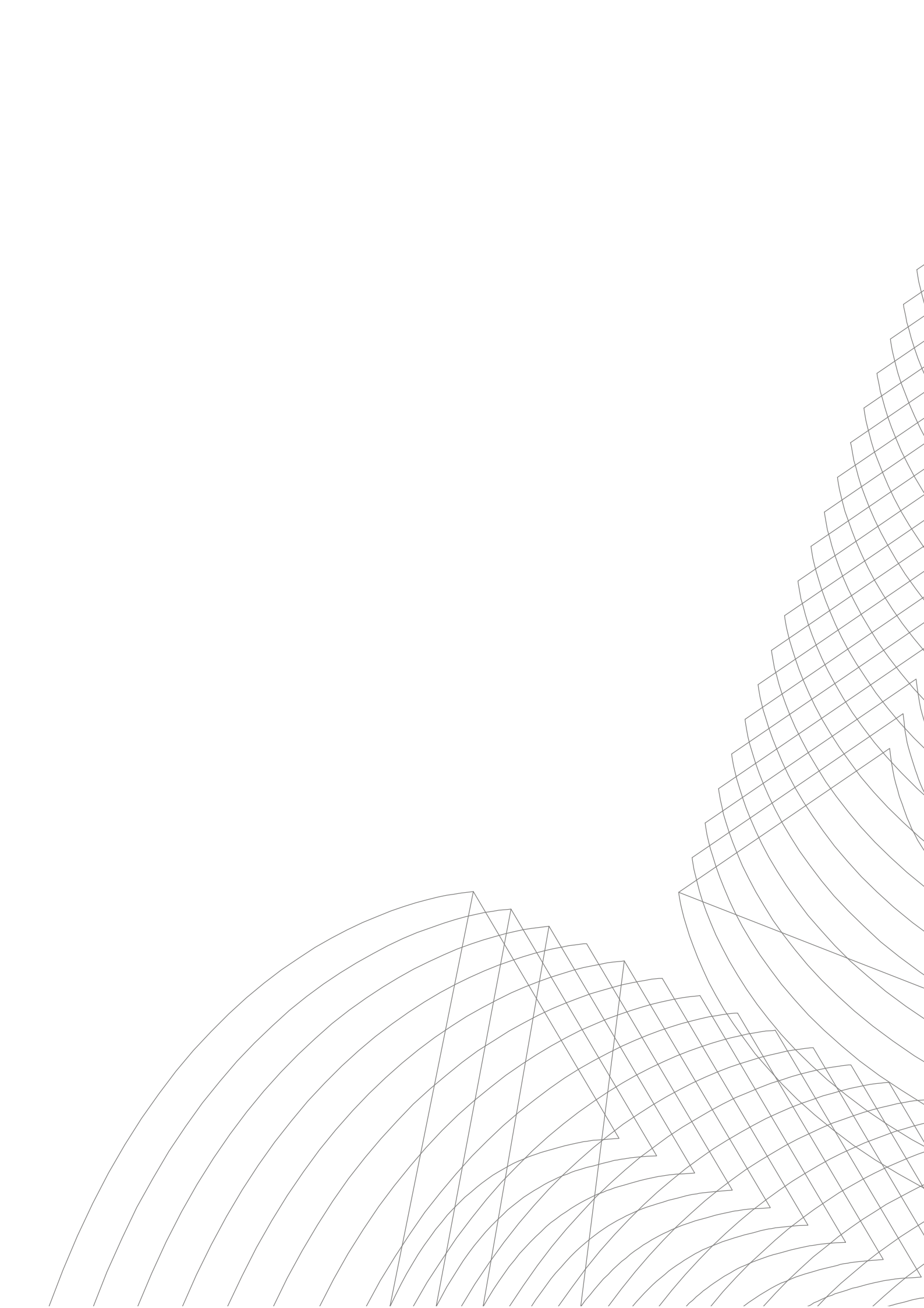
Objetivo 2003 El Hospital revisará el cumplimiento de las medidas de mejora del "Plan de las pequeñas cosas" y en el caso de las actuaciones precisas establecerá una fecha de comienzo y una fecha de finalización en los diferentes Centros. Las medidas estarán documentadas y se remitirá una copia a los SS.CC. a finales del primer trimestre del año.

Evaluación Cumplimiento de las medidas propuestas y de los criterios establecidos en los Centros. Para esta evaluación se contará con el apoyo de supervisión externa.

Objetivo 2001-2004 Formación continuada del personal de las unidades de atención al usuario.

Objetivo 2003 Desarrollo de actividades de formación del personal del SAU en función de los mapas de competencias establecidos asegurando, al menos, la asistencia del 25% de este personal.

Evaluación Porcentaje de personas de estos servicios que, según declaración del hospital, han realizado actividades de formación en el año - orientadas según los mapas de competencias.





Anexo 2

Gestión de la producción asistencial

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Consultas

Objetivo 2001-2004 El hospital ajustará su oferta de consultas de especialidades a las necesidades de la población de su área.

Objetivo 2003 El Hospital ajustará su oferta básica de primeras visitas especializadas al estándar por población determinado en el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada. Esta oferta básica de primeras visitas por población, distinguirá las solicitudes de interconsulta desde AP, dispositivos de urgencias, consultas de especialistas y otras. De igual forma, la oferta básica de primeras visitas mencionada se encontrará estructurada en sus agendas según tipos (preferentes, consulta única, etc.) determinados en el mismo Plan de Reforma.

Evaluación Oferta estructurada de primeras visitas / 1.000 habitantes en las consultas de especialistas determinadas.

Objetivo 2003 El Hospital acordará con los Distritos de referencia la oferta anual de primeras visitas especializadas para atender las solicitudes desde AP.

Evaluación Análisis de las desviaciones producidas sobre el pacto en el último trimestre del año.

Objetivo 2001-2004 El Hospital en el año 2004 deberá atender a todos los pacientes en primera visita con la demora máxima establecida en el decreto de garantías que a estos efectos publique la Consejería de Salud.

Objetivo 2003 El Hospital tomará las medidas oportunas, en el marco del Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada, para la disminución de las demoras en las primeras visitas de especialistas.

Evaluación Análisis de las demoras para primeras visitas por centro, especialidad y especialista.

Objetivo 2001-2004 El Hospital garantizará que todos los pacientes para los que se solicita una cita en consulta de especialista obtengan siempre la confirmación de la misma.

Objetivo 2003 El Hospital garantizará que la confirmación de la cita solicitada para un paciente se realiza en un periodo máximo de 2 días hábiles.

Evaluación Análisis mensual del número de pacientes con cita solicitada, en espera de asignación de la misma, por centro, especialidad y especialista.

Objetivo 2001-2004 El Hospital garantizará que todos los pacientes citados en consulta de especialistas sean atendidos efectivamente en la fecha de cita comunicada.

Objetivo 2003 El Hospital no desprogramará ninguna cita, estableciendo los mecanismos necesarios para responder al compromiso con el paciente.

Evaluación Análisis del porcentaje de consultas desprogramadas, por centro, especialidad y especialista.

Objetivo 2001-2004 El Hospital continuará impulsando el sistema organizativo de consulta por acto único.

Objetivo 2003 El Hospital deberá conseguir que al menos el 30% de las consultas de especialistas, por los motivos de consulta determinados en el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada, se realicen en régimen de acto único.

Evaluación Análisis del porcentaje de consultas en régimen de acto único para los motivos de consulta determinados, por centro, especialidad y especialista.

Objetivo 2001-2004 Asegurar la continuidad de la información de los procesos asistenciales.

Objetivo 2003 Emisión de informe de alta en consulta especializada, con distribución para el paciente y el facultativo que solicitó la interconsulta.

Evaluación Porcentaje de informes de alta emitidos, con relación a las primeras visitas atendidas por centro, especialidad y especialista.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Hospitalización

Información para el hospital

Índice de complejidad de referencia (CMBDA 2001)

Objetivo 2001-2004 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 5% al final del periodo.

Objetivo 2003 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 2003 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 2003 El hospital no generará un número de reingresos no programados superior a lo acordado en el proceso de negociación de este Contrato Programa.

Indicador % de pacientes que reingresan por vía no programada con el mismo diagnóstico en menos de 30 días del alta anterior.

Objetivo 2001-2004 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 2003 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 2001-2004 En el año 2004 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 2003 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.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Hospitalización Estancias evitables

Objetivo 2001-2004 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 2003 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

EMH

EME

POTENCIAL

EM OBJETIVO

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Área quirúrgica

Objetivo 2001-2004 El hospital reducirá los tiempos de demora en los pacientes en espera de una intervención quirúrgica hasta un máximo de 180 días, siendo el tiempo de espera para el 90 % de los pacientes menor a 120 días.

Objetivo 2003 El hospital garantizará que durante el año 2003, no habrá ningún paciente en espera de una intervención quirúrgica con más de 180 días para los procesos determinados por el Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta Quirúrgica.

Indicador Número de pacientes en espera de más 180 días x 100 / Total de pacientes incluidos en el Registro Oficial de Demanda Quirúrgica.
(Para los procesos quirúrgicos establecidos en el Decreto 209/2001).

Objetivo 2003 El hospital disminuirá el porcentaje de intervenciones suspendidas, tal y como se recoge en el objetivo establecido al efecto.

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 2003 El hospital reducirá la estancia media preoperatoria de los pacientes ingresados para intervenciones programadas, tal y como se recoge en el objetivo establecido al efecto.

Indicador Número medio de días que un paciente permanece hospitalizado desde que ingresa en el hospital hasta que es intervenido (Hace referencia exclusivamente a las intervenciones de los ingresos programados).

$$\text{Sumatorio (fecha intervención - fecha de ingreso) / (total pacientes intervenidos*)}$$

(* con ingreso programado.

Objetivo 2003 El hospital reducirá el número de intervenciones urgentes diferidas a actividad programada de los pacientes atendidos en el área de urgencias en la especialidad de Traumatología.

Indicador Número de urgencias intervenidas en el área de urgencias en la especialidad de traumatología x 100 / Total de urgencias ingresadas en la especialidad de traumatología.

Objetivo 2003 El hospital informará con periodicidad mensual del número de pacientes intervenidos en equipos móviles.

Indicadores Número de pacientes intervenidos por equipos móviles ordinarios.
Número de pacientes intervenidos por equipos móviles extraordinarios.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Área quirúrgica

Cirugía Mayor Ambulatoria

OBJETIVO 2003	INTERVENCIONES
LIBERACION DE TUNEL	
EXCISIONES TIROIDEAS PARCIALES	
EXTIRPACION DE LESION IMPORTANTE DEL PARPADO O DE CUALQUIER LESION CON RECONSTRUCCION DEL PARPADO	
OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	
TRABECULECTOMIA DESDE EL EXTERIOR	
CIRUGIA DEL ESTRABISMO	
CATARATAS	
OPERACIONES SOBRE OIDO MEDIO	
INTERVENCIONES DE PIRAMIDE NASAL	
EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE	
EXCISION DE LESION DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO	
REPARACION DE LABIO FISURADO	
HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMIGDALAS	
NODULOS DE CUERDAS VOCALES	
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	
ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALÍISIS	
PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS EN MENORES DE 17 AÑOS	
FISURA Y FISTULA ANAL	
HEMORROIDES	
COLECISTECTOMIA	
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS BILIARES	
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES Y SIN INJERTO NI PROTESIS	
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES O CON INJERTO O PROTESIS	
HERNIA DIAFRAGMATICA	
CISTOSTOMIA PERCUTANEA	
RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION DE VEJIGA	
EXCISION ENDOSCOPICA O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO URETRA	
LIBERACION DE ESTENOSIS URETRAL	
CATETERISMO URETERAL	
BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA	
OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TUNICA VAGINAL, TESTICULOS Y CORDON ESPERMATICO	
ESTERILIZACIÓN MEDIANTE VASECTOMIA	
FIMOSIS EN EDAD PEDIATRICA	
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACION)	
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)	
INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO	
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE EL UTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE	

MIOMECTOMIA UTERINA	
LEGRADO UTERINO	
HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE	
EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	
ARTROSCOPIA	
EXCISION DE MENISCO DE RODILLA	
GLANGLIONECTOMIA Y DUPUYTREN	
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE TEJIDOS BLANDOS	
TUMORES BENIGNOS DE MAMA	
QUISTE PILONIDAL	
EXTIRPACION RADICAL DE LESION DE PIEL O EXTIRPACION NO RADICAL DE LESION DE PIEL CON REPARACION PLASTICA	
EXTRACCIÓN ENDOSCOPICA CALCULO TRACTO BILIAR	
Indicador	Número de procesos realizados en cada epígrafe

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Área quirúrgica

Cirugía Menor Ambulatoria

OBJETIVO 2003	INTERVENCIONES
	EXTIRPACION DE LESION MENOR DEL PARPADO CON CIERRE DIRECTO (sin procedimientos de reconstrucción asociados 08.60 al 08.74)
	REPARACION DE ENTROPION Y ECTROPION
	OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL
	EXCISION DE PTERIGION
	FRENECTOMIA LINGUAL
Indicador	Número de procesos realizados en cada epígrafe.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Pruebas diagnósticas

Objetivo 2001-2004 El Hospital en el año 2004 deberá atender la demanda de procedimientos diagnósticos con la demora máxima establecida en el decreto de garantías que a estos efectos publique la Consejería de Salud

Objetivo 2003 El Hospital tomará las medidas oportunas, en el marco del Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada, para la disminución de las demoras en la realización de pruebas diagnósticas:

CARDIOVASCULAR: ECOCARDIOGRAFÍA
CARDIOVASCULAR: PRUEBAS DE ESFUERZO
CARDIOVASCULAR: MONITORIZACIÓN CARDIACA AMBULATORIA
CARDIOVASCULAR: CATETERISMO CARDIACO
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA ORAL
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA RECTAL
ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS
ENDOSCOPIAS UROLÓGICAS
EXAMEN MICROSCÓPICO GENITAL FEMENINO
GAMMAGRAFÍAS
POLISOMNOGRAFÍAS
PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: COLANGIOGRAFÍAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: DIGESTIVO
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: MAMOGRAFÍAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: TAC
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: ULTRASONOGRAFÍAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: UROGRAFÍAS

Evaluación Análisis de las demoras de las citadas pruebas diagnósticas por centro y tipo.

Objetivo 2001-2004 El Hospital tendrá protocolizado el acceso a pruebas diagnosticas para cualquier ámbito de solicitud.

Objetivo 2003 El Hospital contará con protocolo formal de acceso, al menos para las siguientes pruebas diagnosticas consideradas prioritarias:

CARDIOVASCULAR: ECOCARDIOGRAFÍA
CARDIOVASCULAR: PRUEBAS DE ESFUERZO
CARDIOVASCULAR: MONITORIZACIÓN CARDIACA AMBULATORIA
CARDIOVASCULAR: CATETERISMO CARDIACO
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA ORAL
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA RECTAL
ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS
ENDOSCOPIAS UROLÓGICAS
EXAMEN MICROSCÓPICO GENITAL FEMENINO
GAMMAGRAFÍAS
POLISOMNOGRAFÍAS
PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: COLANGIOGRAFÍAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: DIGESTIVO
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: MAMOGRAFÍAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: TAC
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: ULTRASONOGRAFÍAS
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: UROGRAFÍAS

Evaluación Análisis de la existencia de cada protocolo antes del 31 de marzo de 2003.

Objetivo 2003 El Hospital establecerá los procedimientos organizativos oportunos para atender la demanda de realización de las pruebas diagnosticas que determine el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada, por los Centros de Salud.

Evaluación Análisis específico sobre las condiciones de realización de pruebas diagnosticas para AP.

Objetivo 2001-2004 El Hospital garantizará que todos los pacientes para los que se solicita una cita para prueba diagnostica obtengan siempre la confirmación de la misma.

Objetivo 2003 El hospital garantizará que la confirmación de la cita solicitada para un paciente se realiza en un periodo máximo de 2 días hábiles.

Evaluación Análisis mensual del número de pacientes con cita solicitada, en espera de asignación de la misma, por centro y tipo.

Objetivo 2001-2004 El Hospital garantizará que todos los pacientes citados para pruebas diagnosticas sean atendidos efectivamente en la fecha de cita comunicada.

Objetivo 2003 El Hospital no desprogramará ninguna cita, estableciendo los mecanismos necesarios para responder al compromiso con el paciente.

Evaluación Análisis del porcentaje de pruebas diagnosticas desprogramadas, por centro y tipo.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

Hospital de día

OBJETIVO 2003	INTERVENCIONES
	TRATAMIENTO CITOSTATICO HEMATOLOGICO
	TRANSFUSIONES
	BIOPSIA DE MEDULA OSEA
	QUIMIOTERAPIA DE CORTA DURACION (< 2 HORAS)
	QUIMIOTERAPIA DE MEDIA DURACION (2 A 5 HORAS)
	QUIMIOTERAPIA DE LARGA DURACION (> 5 HORAS)
	RADIOTERAPIA TRATAMIENTOS CORTOS (= < 2 SEMANAS)
	RADIOTERAPIA TRATAMIENTOS LARGOS (> 2 SEMANAS)
	TERAPIAS ENDOSCOPICAS DIGESTIVAS
	PARACENTESIS
	TERAPIA IV ACTIVA Y/O PALIATIVA DE VIH
	BIOPSIA CERRADA DE HÍGADO
	BOMBAS SUBCUTANEAS DE ANALGESIA
	NEUROLISIS QUIMICA DEL GANGLIO SIMPATICO
	LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE
	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO
	POLISOMNOGRAMA
Indicador Número de procesos realizados en cada epígrafe.	

Gestión de la producción asistencial

Programas de salud

Cáncer de mama

Objetivo 2001-2004 El hospital mejorará la efectividad y eficiencia del programa de cáncer de mama.

Objetivo 2003 No transcurrirán más de 15 días entre las fechas de salida y entrada en el Distrito de las mamografías que requieran dos lecturas en el Hospital, ni más de 7 días en las mamografías que requieran una sola lectura en el Hospital.

Indicador Número de estudios cuya diferencia en días entre la fecha de salida del Distrito para su lectura y la fecha de entrada para su mecanización sea menor o igual a 15 días para dos lectores o menor o igual a 7 días para un lector x 100 / total de estudios enviados al hospital.

Objetivo 2003 El Hospital remitirá debidamente cumplimentado en el 100% de los casos el sistema de registro específico del programa en todas las mujeres que le hayan sido derivadas.

Indicador Número de informes remitidos a la unidad de citación - gestión debidamente cumplimentados x 100 / N° de mujeres derivadas al hospital.

Objetivo 2003 El tiempo transcurrido entre la realización de la mamografía con resultado positivo y el inicio del tratamiento no deberá ser superior a 30 días.

Indicador Número de mujeres cuya diferencia en días entre la fecha de la realización de la mamografía con resultado positivo y el inicio del tratamiento sea menor o igual a 30 días x 100 / Número total de mujeres diagnosticadas de cáncer.

Gestión de la producción asistencial

Programas de salud

Enfermedades transmisibles

Objetivo 2001-2004 El hospital mejorará la cobertura y calidad del programa EDO.

Objetivo 2003 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 EDO declarados x 100 / Número de casos de EDO confirmados.

Objetivo 2003 El Hospital dispondrá de un Sistema de Información donde se recogerán el 100% de los casos de nuevas infecciones por VIH.

Indicador Nº de casos nuevos de VIH registrados x 100 / Nº de casos confirmados por laboratorio (periodicidad trimestral).

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2003 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 2003 El Hospital realizará el grupado del 100% de las neisserias meningítidis aisladas.

Indicador Nº de casos de n. meningítidis tipadas o grupadas x 100 / Nº de n. meningítidis aisladas.

Evaluación Informe semanal del la Consejería de Salud.

Objetivo 2003 El hospital registrará el 100% de los casos de niños nacidos de madres portadoras de VHB.

Indicador Nº de hijos nacidos de madres portadoras VHB x 100 / Nº de embarazos a término con serología + a VHB.

Gestión de la producción asistencial

Programas de salud

Detección de malos tratos

Objetivo 2001-2004 El hospital mejorará la implantación de programa de detección de malos tratos.

Objetivo 2003 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.

Indicador Número de partes emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a mujeres.

Auditoría

Número de partes emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a niños/niñas.

Gestión de la producción asistencial

Programas de salud

Plan de atención a la mujer y al niño

Objetivo 2001-2004 El hospital garantizará el cumplimiento del Decreto 101/95 de 18 de Abril.

Objetivo 2001-2004 El hospital efectuará la identificación inequívoca de todos los recién nacidos.

Objetivo 2003 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 Número total de R.N. que permanecen en todo momento junto a la madre / total de R.N. Número total de R.N. con lactancia materna (es el mejor vinculo) al alta / total de R.N.

Objetivo 2001-2004 El hospital participará en las actuaciones necesarias para el desarrollo de programas.

Objetivo 2003 El hospital informará a las mujeres que solicitan la dispensación de anticoncepción de emergencia sobre la oferta de Centros de Planificación.

Indicador Información al 100% de mujeres atendidas (el tipo de información debe ser oral y por escrito, la mejor manera de objetivarlo sería con la edición y entrega de algún folleto informativo).

Objetivo 2001-2004 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.

Objetivo 2003 El hospital tendrá un porcentaje de cesáreas menor del 18%.

Indicador Número de cesáreas x 100 / (total de partos + cesáreas).

Objetivo 2001-2004 El hospital ofertará la analgesia epidural para todos los partos que no tengan contraindicación clínica.

Objetivo 2003 El hospital realizará con analgesia epidural al menos 40% del total de partos.

Indicador Número de partos con analgesia epidural x100 / Número de partos por vía vaginal.

Objetivo 2001-2004 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 es pertinente.

Objetivo 2003 No existirán reclamaciones por este concepto.

Indicador Número de reclamaciones generadas por este concepto.

Objetivo 2001-2004 El hospital asegurará la vacunación de Hepatitis B a todos los recién nacidos.

Objetivo 2003 El hospital asegurará la vacunación de Hepatitis B a todos los recién nacidos y comunicará con periodicidad semestral a los SSCC los siguientes datos:

Número total de RN vacunados contra la HB

Número total de RN de madres portadoras vacunados contra HB

Número total de RN

Número total de RN de madres portadoras

Indicador Tasa de vacunación en R.N.

Tasa de vacunación en R.N. de madres portadoras.

Objetivo 2003 Programa de metabopatías: sólo para los hospitales en los que están ubicados los laboratorios de metabopatías en los que se procesan las muestras de sangre del talón de los R.N. (H. Virgen Macarena, H. Virgen del Rocío, H. Virgen de las Nieves, H. Carlos Haya).

Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre el resultado del análisis de las muestras y la notificación a los padres del R.N. para cada uno de los laboratorios de metabopatías.

Gestión de la producción asistencial

Procesos Asistenciales y Calidad Asistencial

Normas básicas de Calidad de los Procesos Asistenciales

Proceso 1: AMIGDALECTOMÍA-ADENOIDECTOMÍA

La indicación quirúrgica de amigdalectomía por síntomas de dolor de garganta se debe basar en el siguiente patrón clínico:

- Ocurrencia de 5 o más episodios de dolor de garganta al año
- Síntomas que persisten durante al menos 1 año
- El dolor de garganta se debe a la repetición de un absceso periamigdalino
- Los dolores de garganta son debidos a amigdalitis agudas bacterianas
- Episodios de dolor de garganta incapacitantes que impiden el desempeño normal de las funciones y actividades personales.

La indicación quirúrgica de adenoidectomía por adenoiditis se debe basar en el siguiente patrón clínico:

- Ocurrencia de 4 o más episodios de rinorrea en los 12 meses previos (al menos uno de los episodios debe haber sido documentado clínicamente por exploración médica).
- Síntomas persistentes de adenoiditis después de 2 cursos de tratamiento antibiótico (al menos uno de estos tratamientos debe haber incluido un antibiótico resistente a las beta-lactamasas y haber tenido una duración mínima de 2 semanas).
- La proporción de intervenciones de amigdalectomía-adenoidectomía efectuadas en régimen de cirugía ambulatoria será superior al 80% del total de éstas, conforme a los criterios que se indican en el proceso:
 - El Servicio de ORL que va a realizar la intervención no debe superar el 2% de hemorragias postamigdalectomía ni el 1% de reingresos
 - Presencia de un adulto responsable en el domicilio del paciente
 - Disponibilidad de teléfono domiciliario
 - Disponibilidad de vehículo para desplazamiento
 - Distancia del domicilio al centro sanitario inferior a 30 minutos

Proceso 2: ANEMIA

La eficacia de tratamiento con sales de hierro en la anemia ferropénica se comprobará mediante control de reticulocitos a los 10 días de iniciado el mismo; verificación de la elevación de niveles de hemoglobina al mes y mantenimiento de la respuesta por controles sucesivos cada tres meses durante el primer año.

El sulfato ferroso es el preparado de elección para el tratamiento de la anemia ferropénica que deberá mantenerse hasta tres meses después de la normalización de los valores de hemoglobina.

Proceso 3: ARRITMIAS

Todo paciente con Fibrilación Auricular y riesgo tromboembólico elevado/intermedio recibirá tratamiento anticoagulante oral en caso de ausencia de contraindicaciones.

Para el cálculo 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 cardíaca y/o disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, valvulopatía mitral reumática, prótesis valvular, presencia de más de un factor de riesgo intermedio.

- Riesgo intermedio: edad entre 65 y 75 años, Diabetes Mellitus, Enfermedad coronaria con función sistólica conservada.

A todo paciente con Fibrilación Auricular (FA) e indicación de Cardioversión Eléctrica Programada (CEP) se le realizará ésta con una demora inferior a 60 días.

En los pacientes a los que se realiza una ablación con radiofrecuencia por taquicardia paroxística supraventricular intranodal, la tasa de bloqueo AV que requiera implantación de marcapasos definitivo será inferior al 2%.

Proceso 4: ASMA DEL ADULTO

En la historia clínica de todos los pacientes diagnosticados de asma debe constar registro de clasificación de la gravedad y el tratamiento adecuado a la misma.

En la historia clínica de todos los adultos diagnosticados de asma debe constar que han recibido educación e información escrita sobre los sistemas de inhalación, evitación de desencadenantes y pautas de actuación relativas a la enfermedad.

La valoración clínica de un paciente con crisis asmática debe permitir identificar aquellos en riesgo vital y/o ataque severo garantizando el transporte en ambulancia asistida y con soporte vital avanzado en ausencia de respuesta tras 30 minutos de tratamiento adecuado.

Proceso 5: ASMA INFANTIL

Antes de los tres meses tras la primera visita todos los niños con síntomas sugerentes de asma deben haber sido diagnosticados y, en su caso, tener establecido un plan individual de tratamiento.

En la historia clínica de todos los niños diagnosticados de asma debe constar que tanto ellos como sus cuidadores han recibido educación e información escrita sobre los sistemas de inhalación, evitación de desencadenantes y pautas de actuación relativas a la enfermedad.

Proceso 6: CANCER COLORRECTAL

Se debe realizar búsqueda activa de los sujetos con factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal: Familiares en primer grado de pacientes afectados de cáncer colorrectal menores de 45 años, y en miembros de familias en los que se han diagnosticado múltiples cánceres (S. de Lynch).

La demora media desde que se establece el diagnóstico de cáncer colorrectal y se lleva a cabo la intervención quirúrgica no será superior a 4 semanas.

Proceso 7: CANCER DE PIEL

La realización del estudio histopatológico y la emisión del correspondiente informe anatomopatológico se realizará en menos de 7 días.

El informe anatomopatológico de un melanoma incluirá los siguientes parámetros:

- Melanoma in situ o infiltrante
- Grosor máximo tumoral (índice de Breslow)
- Existencia o no de ulceración
- Nivel de Clark
- Número de ganglios afectados

El diagnóstico precoz del cáncer de piel se debe realizar mediante la valoración de cualquier cambio en la forma, tamaño, color, etc., de todo lunar (nevus) siguiendo los criterios ABCD (Asimetría, Bordes, Coloración y Diámetro).

Proceso 8: DISFONÍA

Se derivará a Atención Especializada a todo paciente con disfonía de más de 15 días de duración o bien de menor duración pero que presente algunos de los siguientes síntomas/signos:

- Adenopatía cervical sospechosa
- Rx. de tórax patológica
- Disfonías recidivantes
- Pacientes mayores de 50 años con antecedentes de abuso en el consumo de tabaco

Ante la presencia de lesiones laríngeas de aspecto tumoral y/o de laringitis crónicas en la exploración fibrolaringoscópica se debe realizar microlaringoscopia directa con fines exploratorios y toma de biopsia.

Proceso 9: DISFUNCIÓN TIROIDEA

Realizar en Atención Primaria determinación de los niveles de s-TSH a la población de riesgo (mujeres de más de 50 años, ancianos; antecedentes personales o familiares en primer grado de enfermedad tiroidea; antecedentes personales de enfermedad autoinmune -Diabetes Mellitus tipo 1-, y personas afectadas de síndrome de Down), ante sospecha de disfunción tiroidea.

El laboratorio realizará de forma rutinaria determinación de FT4 cuando los niveles de s-TSH sean anormales para el rango de referencia.

En caso de indicación de gammagrafía, debe priorizarse su realización frente a cualquier estudio radiológico con contraste (Rx, TC), debido a que puede provocar bloqueo de la captación, limitando o anulando las posibilidades diagnósticas y el tratamiento con radioisótopos.

Proceso 10: DISPEPSIA

En todo paciente con dispepsia que tras 8 semanas de tratamiento empírico continúa con síntomas, se le debe realizar endoscopia con demora inferior a 30 días.

Todos los pacientes con úlcera gástrica deben ser sometidos a control endoscópico a las 4-6 semanas de iniciado el tratamiento.

A todos los pacientes con úlcera duodenal no complicada se les debe realizar tratamiento erradicador con pauta OCA (Omeprazol, Claritromicina y Amoxicilina) durante 7 días.

Los pacientes que presentan síntomas de pirosis y regurgitación ácida que mejoran tras tratamiento con IBP (Omeprazol 20mg. / 24 horas), pueden diagnosticarse de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) por la historia clínica independientemente de la edad.

Debe realizarse gastroprotección a todo consumidor de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo definidos en el proceso:

- Historia previa de úlcera
- Mayor de 65 años
- Toma concomitante de anticoagulantes o corticoides
- Toma de varios AINEs o a altas dosis
- Enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad grave

Proceso 11: HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

Realizar pictiograma (tabla pictórica para estimación semicuantitativa del sangrado menstrual) a todas las mujeres que consultan por sangrado menstrual intenso y niveles normales de hemoglobina.

Ante un espesor del endometrio igual o mayor a 12 mm detectado por ultrasonografía transvaginal (UTV) debe efectuarse una biopsia endometrial.

No se debe realizar dilatación cervical ni legrado para el tratamiento del sangrado menstrual intenso.

Proceso 12: HEPATITIS VÍRICAS

En cada institución sanitaria se debe disponer, y ser conocido por su personal, de un protocolo escrito sobre las prácticas de riesgo para la exposición ocupacional y las medidas preventivas propuestas. La organización interna de cada institución deberá garantizar que tras la exposición ocupacional se disponga de un protocolo de actuación inmediata que incluya evaluación, consejo, tratamiento y seguimiento.

La inmunización activa-pasiva debe realizarse en recién nacidos de madres portadoras de AgHBs, inoculación accidental con productos biológicos que contienen AgHBs y prevención después de una exposición sexual con persona portadora de AgHBs.

Proceso 13: HERNIAS DE PARED ABDOMINAL

La reparación herniaria con malla será la técnica de elección para las Hernias de Pared Abdominal (HPA) excepto en las congénitas.

La estancia media tras cirugía abierta de hernias inguinocrural, umbilical y de línea media no debe ser superior a 3 días, y en la hernia incisional no debe ser superior a 7 días.

La resolución de HPA complicada debe efectuarse antes de 6 horas desde el comienzo de los síntomas.

El porcentaje de intervenciones para hernia inguinocrural realizada por Cirugía Mayor Ambulatoria debe ser superior al 60 %.

Proceso 14: INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

La terapia compresiva constituye un elemento fundamental en el tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. (IVC).

Todos los pacientes que vayan a ser sometidos a tratamiento compresivo deben ser valorados para detectar la presencia de pulsos palpables en los pies y descartar insuficiencia arterial.

Los pacientes con úlceras venosas en Miembros Inferiores (MII) deben ser monitorizados para determinar el índice tobillo/brazo mediante doppler ultrasonido y descartar insuficiencia arterial.

Todos los pacientes con IVC en tratamiento compresivo deben ser valorados regularmente para descartar el desarrollo de enfermedad arterial.

Proceso 15: MANEJO DEL PACIENTE EN RIESGO VASCULAR

Registro en historia clínica de antecedentes de cardiopatía isquémica en familiares de primer grado (padres o hermanos) de forma precoz (antes de los 55 años en familiares varones o antes de los 65 años en familiares mujeres).

El cribado de dislipemia debe incluir perfil lipídico completo en una persona cuyo único factor de riesgo mayor sea el tabaquismo.

Para el cribado de Hipertensión arterial se seguirá la siguiente periodicidad:

- Al menos una vez hasta los 14 años
- Cada cinco años entre 14 y 40 años
- Cada dos años por encima de los 40

Si en la detección se ha determinado sólo el Colesterol total, cifras = 250 mg/dl obligan a practicar perfil lipídico completo. En caso de haberse realizado un perfil lipídico en la detección, debe repetirse éste ante cifras de Colesterol total = 250 mg/dl, Colesterol-HDL < 40 mg/dl ó Triglicéridos = 200 mg/dl.

- La cuantificación del riesgo vascular se realizará sólo en prevención primaria y ante la presencia de al menos un factor de riesgo mayor. En ausencia de factor de riesgo, se asignará, sin necesidad de cuantificación, a la categoría de riesgo vascular bajo.

Proceso 16: OTITIS

Otitis media aguda

La antibioterapia está indicada cuando existe:

- Persistencia de síntomas y /o signos durante un periodo igual o superior a 48 h.
- Niños < 2 años
- Antecedentes de episodios previos de otitis media aguda
- Otitis media aguda bilateral
- Presencia de complicaciones

Si está indicada la antibioterapia, la amoxicilina debe ser el fármaco de primera elección si no existen contraindicaciones.

Otitis media secretoria

Se debe recomendar la miringotomía con tubos:

- Si el niño tiene un déficit bilateral igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste más de 3 meses.
- Si el niño tiene un déficit unilateral igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste más de 6 meses.

Otitis media recurrente

Tras el diagnóstico de Otitis Media Recurrente la única recomendación preventiva específica es la vacunación antigripal anual (no existe indicación en el momento actual de vacunación antineumocócica ni la administración profiláctica de antibióticos).

Proceso 17: POLITRAUMATIZADOS

Se procederá a la inmovilización con collarín cervical rígido ante cualquier situación en la que se sospeche una lesión cervical:

- Pacientes con lesión supraclavicular evidente
- Pacientes implicados en traumas de alta velocidad
- Accidentes de motocicleta
- Precipitaciones
- Ahogados

No movilizar al paciente sin previa estabilización y utilizar una posición correcta durante el traslado (cabeza siempre hacia el sentido de la marcha). Los pacientes con Traumatismo Cráneoencefálico y traumatismos torácicos deben de ser trasladados con elevación de la cabeza unos 30°, y las mujeres embarazadas deben de ser trasladadas en decúbito lateral izquierdo.

La lesión abdominal no reconocida sigue siendo una causa excesivamente frecuente de muerte prevenible después de un traumatismo. Cualquier paciente que haya sufrido una lesión por desaceleración o una herida penetrante en el torso debe considerarse como víctima potencial de una herida visceral abdominal.

La valoración neurológica tiene como objetivo detectar afectación que requiera actitud terapéutica urgente. La exploración consta únicamente de la Escala de Coma de Glasgow (ECG) y la reactividad pupilar. Si la ECG es menor de 9 se procederá a intubación y ventilación mecánica.

Proceso 18: PRÓTESIS DE CADERA

Los criterios para la indicación de implante de cadera se basan en el grado de dolor e incapacidad funcional desarrollados en el proceso.

La selección del implante se basará en evaluación global del paciente donde se tengan en cuenta los factores que se relacionan con el éxito o fracaso del implante (edad, peso, actividad prevista, estado de salud y calidad ósea) y la relación coste / eficacia.

El ingreso del paciente para cirugía programada debe efectuarse el mismo día de la intervención.

Proceso 19: SÍNDROME FEBRIL DE DURACIÓN INTERMEDIA

El manejo inicial del paciente con Síndrome febril de duración intermedia (SFDI) debe contemplar:

- Solicitud de pruebas complementarias: hemograma, VSG, bioquímica: creatinina, enzimas hepáticas, glucemia, serología: (Brucella melitensis, Coxiela burnetii, Rickettsia conori, Rickettsia thyphi).
- Tratamiento antitérmico si la temperatura es superior a 38° C.
- Valoración a las 72 horas (facilitar un teléfono de contacto para consulta de eventos en la evolución).

Proceso 20: SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO

En todos los niños que presenten síndrome febril debe valorarse la gravedad aplicando la escala de valoración YIOS cuando la edad esté comprendida entre 1 y 3 meses de edad y la YALE en los mayores de 3 meses y menores de 36.

En el caso de todos los niños que sean remitidos a observación domiciliaria por síndrome febril, se asegurará que sus cuidadores dispongan de indicaciones precisas sobre las medidas generales, físicas y medicación a aplicar durante el periodo, así como de la posibilidad de contacto telefónico, confianza en la capacidad y responsabilidad de los cuidadores y acceso a un centro hospitalario a menos de 30 minutos.

Todos los niños menores de 1 mes que presenten síndrome febril deben ser ingresados en un centro hospitalario.

Proceso 21: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La respuesta integrada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que debe garantizarse desde los distintos dispositivos asistenciales incluirá actividades de información a la población, coordinación con otros sectores (educativo, juvenil, asociaciones...), detección precoz y asistencia especializada y multidisciplinar que garantice la frecuencia y tipo de atención en función de las características del paciente.

Salvo en situaciones de riesgo, todo paciente con TCA tendrá establecido el diagnóstico y el plan terapéutico individual, en un plazo inferior a dos meses desde la primera consulta.

Proceso 22: ATAQUE CEREBROVASCULAR

Realización de TAC de cráneo en las primeras 6 horas a todo paciente que tras valoración inicial presente:

- Ictus en evolución o progresivo
- Complicaciones sistémicas / neurológicas
- Modificaciones de actuación diagnóstico- terapéuticas

Inicio de tratamiento cinesiterápico en las primeras 48 horas a todos los pacientes encamados.

Inicio de tratamiento antiagregante en las primeras 48 horas.

Proceso 23: ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Identificación de los pacientes pluripatológicos adscritos a cada EBAP. Se define como paciente pluripatológico "a todo aquél que presenta enfermedades crónicas de dos o más de las cate-

gorías clínicas explicitadas en el proceso y que presenten síntomas continuados y/o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional".

Identificación del cuidador principal de cada paciente pluripatológico. Se define como cuidador principal " a la persona que habitualmente proporciona cuidados al paciente pluripatológico".

Episodios de activación del Plan de Asistencia Compartida (PAC) conforme a los criterios definidos en el Proceso.

Proceso 24: CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO

Frotis inadecuados para la lectura inferiores al 5% (Recomendaciones Programa Europeo contra el Cáncer).

Demora inferior a un mes entre toma citológica y comunicación de resultados.

Demora inferior a una semana para haber finalizado ambulatoriamente los estudios complementarios de estadificación de cáncer.

Demora inferior a un mes entre el diagnóstico confirmado de Cáncer de Cérvix y el inicio del tratamiento quirúrgico.

Proceso 25: CÁNCER DE MAMA

Implantación y utilización del Documento de Solicitud de Estudios Diagnósticos Complementarios de Imagen por cualquier facultativo que en su práctica clínica pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria (según proceso específico).

Consultas de acto único para la realización de estudios diagnósticos complementarios.

Incremento anual de la proporción de tumores in situ en relación con invasivos; desconocido / no disponible.

Incremento anual de la proporción de mujeres a las que se realiza tratamiento quirúrgico radical que incluya reconstrucción inmediata.

Incremento anual de la proporción de mujeres en las que el periodo de tiempo transcurrido entre la confirmación de tumor maligno por cualquier técnica y la realización de tratamiento quirúrgico (si no se realiza, se utilizará la fecha de la biopsia) sea inferior a un mes.

Proceso 26: CATARATAS

La indicación quirúrgica se establecerá cuando la agudeza visual sea igual o inferior a 0,4 y se valorará la capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria mediante el test VF-14.

En los pacientes con edad superior a los 80 años, sin comorbilidad ocular asociada y con agudeza visual igual o inferior a 0,4, la indicación quirúrgica se decidirá en función de una valoración individualizada de los beneficios esperados (incremento esperado de agudeza visual, impacto esperado en las actividades de la vida diaria, entre otros).

Proceso 27: CEFALIAS

Valoración inicial de cefalea en A.P conforme a lo definido en el proceso (anamnesis mediante entrevista semiestructurada, exploración física y pruebas complementarias).

Demora inferior a 7 días en la Atención Especializada de segundo nivel en los supuestos definidos en el proceso (estado de mal jaquecoso; cefaleas en racimos y cefalea sintomática con sospecha de procesos intracraneales).

Proceso 28: COLELITIASIS/COLECISTITIS

Intervención quirúrgica de la colecistitis aguda o cólico biliar refractario a tratamiento médico en menos de 72 horas de su evolución.

Incrementar el índice de pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica en relación con pacientes intervenidos por cirugía abierta (de acuerdo a los criterios establecidos en el Proceso).

Conocer el rendimiento diagnóstico de las ecografías para pacientes con sospecha clínica, según criterios establecidos en el Proceso.

Proceso 29: CUIDADOS PALIATIVOS

Se garantizarán los cuidados necesarios que permitan el éxitus en domicilio cuando el paciente o la familia así lo desee.

Asegurar la accesibilidad al consumo de opioides en relación a la implantación del Proceso.

Proceso 29: DEMENCIAS

Realización de test psicométricos en Atención Primaria antes de ser derivados a la Atención Especializada según recomendaciones del Proceso.

Demora inferior a 3 semanas para la valoración neurológica en Atención Especializada en los supuestos definidos en el Proceso.

Pacientes con cuidador principal identificado en Atención Primaria, tras confirmación diagnóstica en Atención Especializada.

Proceso 30: DIABETES MELLITUS**Diabetes Mellitus 1**

A todos los pacientes con DM1 se les realizará al menos una determinación de HbA1c con carácter semestral.

Los pacientes con DM1 deben mantener niveles de HbA1c por debajo del 8%.

A los pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución, o mayores de 14 años, se les realizará, con carácter anual, exploración de pies (Exploración: inspección, palpación de pulsos, sensibilidad al monofilamento (o sensibilidad vibratoria)).

A todos los pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución, o mayores de 14 años, se les realizará, con carácter anual, estudio de fondo de ojo con pupila dilatada.

A todos los pacientes con DM1 con mas de 5 años de evolución, o mayores de 14 años, se les realizará, con carácter anual, cribado de microalbuminuria.

Todos los pacientes con DM1 normotensos o hipertensos, con micro o macro albuminuria, recibirán tratamiento con IECA.

Todos los pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular recibirán tratamiento con Ácido Acetil Salicílico a bajas dosis.

Diabetes Mellitus 2

Realización de cribado oportunista anual en las personas con los factores de riesgo recogidos en el Proceso.

A todos los pacientes con DM2 se les realizará al menos una determinación de HbA1c con carácter anual.

Los pacientes con DM2 y sobrepeso u obesidad seguirán tratamiento con metformina.

A los pacientes con DM2 se les realizará, con carácter anual, exploración de pies.

Todos los pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular recibirán tratamiento con Ácido Acetil Salicílico a bajas dosis.

Proceso 31: DOLOR TORÁCICO

El tiempo que transcurre desde que el paciente demanda asistencia por Dolor Torácico (DT) en cualquier nivel y modalidad, hasta que recibe su primera asistencia médica será inferior a 10' en casos de DT persistente, e inferior a 30' si el DT ya ha cedido.

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria y Atención Especializada estarán dotados con desfibrilador (Monitor-desfibrilador o Desfibrilador Externo Automático-DEA) y medios de Reanimación Cardiopulmonar.

Proceso 32: EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La tasa de Partos por cesárea será inferior al 18%.

Al menos un 40% de los partos totales serán atendidos con anestesia epidural.

Las mujeres embarazadas iniciarán el contacto con el programa de embarazo antes de la 12ª semana de gestación.

Realización de exploración ecográfica entre las semanas 18 a 22 de la gestación.

Cumplimentación por parte de los distintos profesionales que intervienen en el Proceso del Documento de Salud de la Embarazada y del Documento de Salud Infantil.

Proceso 33: EPOC

A todo paciente diagnosticado de EPOC se le realizará anualmente espirometría en Atención Primaria.

En la Historia de Salud de los pacientes diagnosticados de EPOC, se registrarán los ingresos hospitalarios producidos por reagudización durante el último año.

Se llevará a cabo un plan específico de atención a los pacientes que reingresan por agudización de EPOC antes de un mes, tras el alta hospitalaria.

Todos los pacientes con Oxigenoterapia Continua Domiciliaria (OCD) deberán tener realizada gasometría arterial o, al menos, pulsioximetría, con periodicidad anual.

Proceso 34: FRACTURA DE CADERA

Todo paciente que sufra una fractura de cadera deberá ser evacuado al DCCU del Hospital, preferentemente en transporte medicalizado.

A todo paciente con fractura de cadera se le realizará osteosíntesis en menos de 24 horas.

Todos los pacientes recibirán, tras la fractura de cadera, profilaxis antitrombótica correcta, precoz e inmediata.

Proceso 35: HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA/CÁNCER DE PRÓSTATA

Aplicación del IPPS (International Prostatic Symptom Score-Quality of life - Escala de Puntuación de Síntomas y de Calidad de Vida) en la valoración inicial en Atención Primaria de todo paciente que presentan síntomas prostáticos.

La petición de PSA (Antígeno Prostático Específico) se hará conforme a los criterios definidos en el Proceso.

Las Biopsias prostáticas serán ecodirigidas, según los criterios establecidos en el Proceso.

La confirmación diagnóstica de Pacientes remitidos a Atención Especializada será inferior a tres meses desde la primera consulta en Atención Primaria por sospecha de patología prostática.

Peticiones de gammagrafía en los pacientes diagnosticados de Cáncer de Próstata, según los criterios establecidos en el Proceso.

Proceso 36: INSUFICIENCIA CARDÍACA

En todos los pacientes con sospecha diagnóstica de Insuficiencia Cardíaca (IC) en Atención Primaria, se valorará la Fracción de Eyección (FE) cuali o cuantitativa en Atención Especializada.

A todos los pacientes con Fracción de Eyección menor o igual a 0,40 se les prescribirá IECA.

Todo paciente con fibrilación auricular recibirá tratamiento anticoagulante en caso de ausencia de contraindicaciones.

Proceso 37: VIH/SIDA

Todo paciente con infección por VIH derivado a Atención Especializada será atendido antes de 30 días.

En todas las revisiones de los pacientes tratados con Terapia Antirretroviral (TAR) deberá recogerse el cumplimiento del tratamiento.

A todos los pacientes con TAR se les efectuará una determinación de carga viral a partir del sexto mes. Se considerará carga viral indetectable: los pacientes infectados por el VIH y en TAR que tienen una carga viral (CV) del VIH (ARN-VIH) < 200 copias/ml. a partir del 6º mes del TAR.

Aplicación en mujeres embarazadas e infectadas por el VIH de la profilaxis de la transmisión vertical en todos sus componentes: embarazo (TAR después de la semana 14), parto (zidovudina intravenosa) y recién nacido (zidovudina oral).

Proceso 38: SÍNDROME ANSIEDAD-DEPRESIÓN

Existencia de protocolos de intervención en crisis consensuados entre cada EBAP y el ESM correspondiente.

Existencia de protocolos consensuados de derivación de episodios depresivos.

Gestión de la producción asistencial

Procesos Asistenciales y Calidad Asistencial

Programas de garantía de calidad

Objetivo 2003 El hospital evaluará durante 2003 el grado de implantación y desarrollo en el Centro de las distintas líneas estratégicas del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Evaluación Remisión a la Dirección General de Asistencia Sanitaria de un informe de evaluación.

Objetivo 2001-2004 El hospital asegurará el funcionamiento de 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.

Objetivo 2003 Las Comisiones correspondientes analizarán, evaluarán y elaborarán conclusiones, al menos una vez durante 2003, en relación a la situación del Hospital en las siguientes áreas:

- Mortalidad hospitalaria (global y por GDRs)
- Morbilidad derivada de actuaciones sanitarias (procesos diagnósticos y terapéuticos)
- Prevalencia e incidencia de la infección nosocomial
- Reacciones adversas a medicamentos y a transfusión
- Calidad de cumplimentación de Historias Clínicas
- Correlaciones diagnósticas anatomoclínicas
- Uso racional de la sangre
- Uso racional de la alta tecnología diagnóstica
- Atención integral al niño hospitalizado
- Nivel de desarrollo de la investigación

Evaluación Remisión a la Dirección General de Asistencia Sanitaria de informe evaluativo.

Objetivo 2001-2004 Los hospitales de Servicio Andaluz de Salud aplicarán el Plan de actuación para la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Objetivo 2003 El hospital asegurará la recogida de los indicadores básicos establecidos en el Plan de vigilancia de infecciones nosocomiales. Estos indicadores serán remitidos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria al finalizar el año.

Evaluación Remisión de datos.

Objetivo 2003 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.

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2003 El hospital evaluará la aplicación de las recomendaciones de control para la prevención de la infección quirúrgica, elaboradas y remitidas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria a los Hospitales en 2002 y añadidas al Plan general del SAS.

Evaluación Informe del Coordinador / Responsable de higiene en los quirófanos.

Objetivo 2003 El hospital actualizará los protocolos de profilaxis antibiótica consensuados con los distintos servicios quirúrgicos, para la prevención y control de la infección hospitalaria.

Evaluación Remisión del protocolo.

Objetivo 2003 El hospital garantizará la aplicación de la normativa sobre prevención y control de legionelosis.

Evaluación Informe de actuaciones.

Objetivo 2001-2004 El Hospital adecuará la utilización terapéutica de la sangre y sus componentes a las recomendaciones del Consejo de Europa.

Objetivo 2003 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)

Indicador

- (1) $(\text{Unidades de sangre entera} + \text{concentrados de hematíes}) \text{ transfundidos} \times 100 / (\text{Unidades de sangre entera} + \text{concentrados de hematíes}) \text{ recibidos}$
- (2) $\text{Número de unidades de plasma transfundidas} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de unidades de plasma recibidas}$
- (3) $\text{Total de unidades caducadas}^* \times 100 / \text{total de unidades recibidas (sangre entera} + \text{concentrados de hematíes)}$

Objetivo 2003 El hospital garantizará el funcionamiento de la Comisión Hospitalaria de Transfusión.

Indicador Número de reuniones de la Comisión Hospitalaria de Transfusión con Acta.

Objetivo 2003 (sólo para los hospitales: Carlos Haya, Complejo Hospitalario de Jaén, Infanta Elena, Jerez, Juan Ramón Jiménez, Puerta del Mar, Puerto Real, Reina Sofía, San Cecilio, Torrecárdenas, Virgen de las Nieves, Virgen del Rocío, Virgen Macarena y Valme).

El hospital remitirá a los SSCC el 100% de protocolos de continuación (seguimiento) de tratamiento del Programa de control de la Hormona del Crecimiento, en una plazo máximo de 15 días desde la finalización del periodo autorizado.

Indicador Remisión del 100% de protocolos de seguimiento.

Objetivo 2003 (sólo para los hospitales: Carlos Haya, Complejo Hospitalario de Jaén, Infanta Elena, Jerez, Juan Ramón Jiménez, Puerta del Mar, Puerto Real, Reina Sofía, San Cecilio, Torrecárdenas, Virgen de las Nieves, Virgen del Rocío, Virgen Macarena y Valme).

El hospital remitirá a los SSCC el 100% de protocolos de finalización de tratamiento del Programa de control de la Hormona del Crecimiento, dentro de los 30 días siguientes a la terminación del mismo.

Indicador Remisión del 100% de protocolos de finalización.

Objetivo 2001-2004 El hospital garantizará la participación de sus laboratorios en sistemas de control externo de calidad.

Objetivo 2003 Los laboratorios de hematología y bioquímica del hospital deberán tener < del 5% de resultados a más de dos desviaciones estándar (Grupo D).

Indicador Número de resultados del grupo D x 100 / N° total de resultados.

Objetivo 2003 Aquellos equipamientos analíticos localizados fuera del ámbito del laboratorio deberán ser sometidos a control de calidad externo bajo la supervisión del laboratorio correspondiente.

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2001-2004 El Hospital implantará el registro de tumores en los hospitales.

Objetivo 2003 Mantenimiento del registro de tumores implantado en los siguientes hospitales:

VIRGEN MACARENA

PUERTA DEL MAR

JEREZ DE LA FRONTERA

VIRGEN DE LAS NIEVES

SAN CECILIO

SERRANIA RONDA

VIRGEN DE LA VICTORIA

REINA SOFÍA

ÁREA SANITARIA DE CÓRDOBA

PUERTO REAL

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

TORRECÁRDENAS

JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

Evaluación Remisión de datos.

Gestión de la producción asistencial

Cooperación asistencial

Objetivo 2001-2004 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 2003 El hospital monitorizará a aquellos pacientes frecuentemente hospitalizados cuyo ingreso pudiera haberse evitado mediante un abordaje inicial adecuado en AP y establecerá un adecuado tratamiento protocolizado con AP.

Evaluación Envío de los protocolos asistenciales y del número de pacientes incluidos en cada uno de ellos a estos SSCC antes del 31 de Julio.

Objetivo 2003 El hospital monitorizará a aquellos pacientes frecuentemente hospitalizados que presenten un conocimiento deficiente de su proceso, un afrontamiento familiar inadecuado y cansancio del rol del cuidador y establecerá un adecuado tratamiento protocolizado con AP de estos pacientes.

Evaluación Envío de los protocolos establecidos con AP y del número de pacientes incluidos en cada uno de ellos a estos SSCC antes del 31 de Julio.

Objetivo 2003 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 antes del 31 de Julio.

Objetivo 2001-2004 El Hospital reducirá el numero de consultas en los procesos que sean identificados como susceptibles de ser tratados mediante un adecuado seguimiento protocolizado en los servicios de AP.

Objetivo 2003 El Hospital continuará monitorizando junto con sus Distritos de referencia aquellos pacientes con alto índice de utilización de consultas de especialistas, que podrían disminuir mediante un tratamiento protocolizado en AP.

Evaluación Análisis de los procesos monitorizados, medidas adoptadas y resultados obtenidos.

Objetivo 2001-2004 En el año 2004 todos los servicios clínicos del Hospital tendrán establecidos circuitos que permitan a los facultativos de AP el contacto fluido con los especialistas a los que derivan pacientes para interconsulta.

Objetivo 2003 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.

Objetivo 2003 El Hospital continuará realizando valoraciones para la propuesta de implantación de sistemas de telemedicina en centros de AP de sus Distritos de referencia.

Evaluación Análisis de las propuestas realizadas.

Objetivo 2001-2004 En el año 2004 la mayor parte de la cartera de cma que se viene realizando en el hospital se realizará en AP (excepto la cma de Oftalmología y la sospecha de lesiones malignas de piel).

Objetivo 2003 El hospital continuará preparando e impartiendo en coordinación con los Distritos, un programa formativo en técnicas de cma que permita a estos últimos consolidar su cartera de cma.

Evaluación Número de intervenciones realizadas de cma por los dispositivos de AP del listado pactado en el Contrato Programa de AP.

Objetivo 2001-2004 En el año 2004 existirá un circuito de derivación de pacientes desde el servicio de urgencias del hospital a los servicios de AP.

Objetivo 2003 Para que los pacientes atendidos en dispositivo de urgencias del hospital que así lo requieran, puedan ser atendidos en menos de 1 día hábil por los servicios de AP, será necesario que estos dispositivos de urgencias emitan sistemáticamente informe de alta, en el que se especifique ésta solicitud, y las razones clínicas que la aconsejan.

Evaluación Análisis del porcentaje de solicitudes conforme al procedimiento descrito, desde dispositivos de urgencias a AP, sobre el total de urgencias atendidas no ingresadas.

Objetivo 2001-2004 El Hospital en el año 2004, habrá establecido 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 2003 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 2001-2004 Los hospitales de referencia para onco-hematología, los hospitales comarcales y los Centros de Salud de AP en el año 2004, habrán establecido los procedimientos necesarios que permitan mejorar la accesibilidad de los pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico.

Objetivo 2003 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.

Indicadores Protocolo de criterios clínicos para la administración de tratamiento quimioterápico en hospitales comarcales.

Número de pacientes tratados con quimioterapia en HDM.

Objetivo 2003 El hospital definirá junto con AP los procedimientos necesarios para que la analítica previa a la administración de quimioterapia en HDM se extraiga en el Centro de Salud del paciente y los resultados estén disponibles el día de la cita en el HDM para ser evaluados por el médico que hace el seguimiento del paciente.

Evaluación Número de pacientes tratados con quimioterapia en HDM a los que se realiza la analítica en AP / Número de pacientes tratados con quimioterapia en HDM.

Objetivo 2001-2004 El hospital en el año 2004, habrá establecido los mecanismos de coordinación y reciclaje necesarios con los Distritos, para que la extracción de cordales pueda realizarse en Atención Primaria.

Objetivo 2003 El hospital mantendrá la oferta de reciclaje para los Odontólogos y Estomatólogos de Atención Primaria en materia de extracción de cordales, que comprenda una parte teórica y una práctica.

Evaluación Programa ofertado a los Distritos que tienen de referencia el Servicio de Cirugía Máxilofacial del hospital.

Número de facultativos incluidos en el programa.

Objetivo 2001-2004 El hospital en el año 2004, habrá establecido los circuitos necesarios para que los informes de alta de los pacientes hospitalizados conteniendo información sobre cuidados, lleguen a cada una de las Zonas Básicas antes de 48 horas y que aseguren la continuidad de cuidados domiciliarios al alta hospitalaria.

Objetivo 2003 El hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zonas Básicas en un periodo menor de 48 horas los informes de alta de hospitalización (no manuscritos) conteniendo el plan de cuidados que incluya: valoración por área de necesidades, diagnóstico de enfermería e intervenciones que requieran continuidad y/o supervisión en AP.
Indicador Número de altas recibidas en las Zonas Básicas de referencia x 100 / Número total de altas del hospital.

Objetivo 2003 El hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zonas Básicas en un periodo menor de 24 horas los informes de alta (no manuscritos) de aquellos pacientes en los que se haya identificado:
Deterioro de la movilidad física
Ulceras de decúbito
Falta de conocimientos de la intervención y sus cuidados (por el corto periodo de hospitalización)
Manejo inefectivo del régimen terapéutico
Alta dependencia de cuidados (inmovilizados, dolor,...)
Evaluación Número de altas recibidas en las Zonas Básicas de referencia en menos de 24 horas que reúnan estos requisitos.

Objetivo 2001-2004 El hospital en el 2004 será referente para la formación en cuidados básicos demandada por las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y a los cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del área del hospital.

Objetivo 2003 El hospital mantendrá y ampliará la oferta de programas formativos sobre cuidados básicos dirigido a las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y a los cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del área del hospital.

Indicador Oferta formativa a las asociaciones del área y número de participantes.

Objetivo 2001-2004 El hospital en el 2004 dispondrá de un mecanismo para el seguimiento continuado de pacientes con Terapias Respiratorias.

Objetivo 2003 El hospital remitirá un listado de pacientes con Terapia Respiratoria con las indicaciones clínicas correspondientes al Distrito de Atención Primaria.

Indicador Número de pacientes remitidos a AP para su seguimiento.

Objetivo 2001-2004 Los pacientes en proceso de rehabilitación recibirán tratamiento en el lugar más próximo posible a su domicilio y en los plazos mas apropiados para el éxito de ese tratamiento.

Objetivo 2003 Los pacientes en rehabilitación, cuyo domicilio esté próximo a una sala de tratamiento de Atención Primaria, serán derivados a su ZBS de acuerdo con los criterios y procedimientos contenidos en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria.

Indicador Porcentaje de pacientes tratados en el Hospital procedentes de zonas básicas de salud con sala de tratamiento.

Porcentaje de derivaciones procedentes de Asistencia Especializada que son rechazadas por los dispositivos de Atención Primaria.

Objetivo 2003 El hospital contribuirá a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación y la fisioterapia mediante las siguientes actuaciones:

- Apoyo a las salas de Atención Primaria aportando recursos humanos
- Apertura de la sala del hospital por las tardes
- Los médicos rehabilitadores del hospital atenderán a pacientes y actuarán como dispositivo de apoyo en aquellas ZBS del área hospitalaria que tengan sala de fisioterapia. Cuando no sea posible dar cobertura al total de las salas del área hospitalaria, el servicio de rehabilitación atenderá como mínimo una sala por médico especialista de la plantilla del hospital.

Indicador Porcentaje de recursos humanos que se destinan a las líneas señaladas.

Ratio de habitantes del área exclusiva del hospital por fisioterapeuta superior a 15000:1

Áreas en las que la plantilla de rehabilitadores supera al número de salas: % de salas atendidas.

Áreas en las que la plantilla de rehabilitadores es inferior al número de salas: Razón salas atendidas / médicos rehabilitadores.

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

Salud mental

Objetivo 2001 -2004 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 2003 Se potenciarán las habilidades del profesional sanitario de Atención Primaria en la entrevista clínica como instrumento diagnóstico y terapéutico, suministrando criterios para la identificación del Síndrome Ansioso Depresivo.

Indicador Porcentaje de casos con Síndrome Ansioso Depresivo que llegan a Salud Mental sobre el total de Primeras Consultas.

Número de casos de Síndrome Ansioso Depresivo que se derivan a Salud Mental x100 /
Número de casos de síndrome Ansioso Depresivo que llega a AP.

Objetivo 2003 Consolidar la libre elección de especialista de salud mental.

Indicador Número de pacientes que han ejercido la libre elección.

Objetivo 2003 El hospital conjuntamente con los distritos correspondientes establecerá la cooperación interniveles en Salud Mental. Para ello asegurará la existencia de un facultativo de ESMD de referencia en el % de EBAP que se determine para cada hospital, el cual mantendrá con los citados EBAP reuniones periódicas para la gestión de la demanda, al menos quincenalmente.

Indicador % de EBAP con reuniones periódicas de gestión de la demanda.

Objetivo 2003 Se estabilizará la demanda de primeras consultas, para ello se fijará el número máximo de primeras consultas derivadas por AP.

Indicador Número de primeras consultas derivadas.

Objetivo 2003 Se aumentará la capacidad de resolución de los ESMD.

Indicador Número de altas x 100 / Número de pacientes tratados

Número de altas x 100 / Número de primeras consultas

Objetivo 2003 Se mejorará la atención domiciliaria, hasta que estas consultas representen como mínimo el 6% de las consultas totales de los ESMD de cada Área de Salud Mental.

Indicador Porcentaje de consultas fuera del centro sobre el total de consultas.

Objetivo 2003 El Hospital mantendrá una demora media para la primera consulta de 15 días como máximo.

Indicador N° de días de Demora media.

Objetivo 2001 -2004 El hospital mejorará la atención a los pacientes psicóticos.

Objetivo 2003 El Hospital evaluará el grado de implantación del protocolo de atención integral al paciente psicótico que recoja la elaboración del censo de pacientes, el establecimiento de un plan de intervención individualizado y el número de visitas domiciliarias.

Indicador Existencia de censo de pacientes

% de pacientes con Plan Individualizado de Tratamiento

Número de visitas domiciliarias

Objetivo 2003 El hospital estabilizará la estancia media al estándar (18 días) para la psicosis en las Unidades de Salud Mental de Hospital General.

Indicador Estancia media del GDR 430.

Objetivo 2003 El hospital aumentará la calidad del ambiente terapéutico mediante el desarrollo de actividades grupales y ocupacionales, la disminución de horas de contención mecánica, el adecentamiento del espacio, el acompañamiento de familiares (donde el espacio lo permita y cuando no esté contraindicado clínicamente).

El hospital prestará especial atención al cuidado que se dispensa a los pacientes mentales hospitalizados en relación con el respeto a los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución.

Evaluación La calidad del ambiente terapéutico se medirá por la existencia o no de las todas o algunas de las actividades fijadas en el objetivo. Los responsables de las Unidades de Salud Mental remitirán a los SSCC mensualmente, en los cinco primeros días del mes siguiente al analizado, el registro de horas de contención mecánica efectuadas.

Objetivo 2003 El hospital protocolizará la utilización de la terapia electro - convulsiva.

Evaluación Auditoría. Antes de la finalización del primer semestre el Hospital remitirá el protocolo seguido para la aplicación de la terapia electro - convulsiva.

Objetivo 2001 -2004 El hospital mejorará la atención a los problemas de la infancia y adolescencia.

Objetivo 2003 El hospital designará en cada ESMD un facultativo de referencia para la atención infante - juvenil, el cual mantendrá con los pediatras de las zonas básicas que tenga asignadas reuniones periódicas mensuales para la gestión de la demanda.

Indicador % de Pediatras con reuniones periódicas de gestión de la demanda.

Objetivo 2003 El hospital continuará el programa de formación en salud mental para el personal de enfermería pediátrica.

Indicador Número de enfermeras y auxiliares formadas.

Objetivo 2003 El hospital implantará programas de día en la Unidad de Salud Mental Infantil para el abordaje de las siguientes patologías: a) Psicosis que debutan en la adolescencia; b) Trastornos de la personalidad graves en la adolescencia; c) Trastornos generalizados del desarrollo; d) Trastornos de conducta en adolescentes y e) Trastornos de la conducta alimentaria.

Indicador Número de pacientes en programa de día.

Objetivo 2001 -2004 El hospital informatizará sus dispositivos de salud mental.

Objetivo 2003 Los Equipos de Salud Mental registrarán los datos administrativos, sociodemográficos y clínicos en el 100% de los pacientes activos en todos los dispositivos de salud mental.

Evaluación **Auditoría.**

Objetivo 2003 Los Equipos de Salud Mental especificarán el tipo de intervención realizada en las consultas sucesivas del 100% de pacientes activos con todos los datos cumplimentados en todos los dispositivos que disponen del Sistema de Información en Salud Mental.

Evaluación **Auditoría.**

Objetivo 2003

El hospital Identificará las demoras media y máxima y número de pacientes en espera para ingresos en comunidad terapéutica o recursos sociosanitarios.

Indicador **Envío de informe trimestral a los SSCC.**

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

Donación y trasplantes

Objetivo 2001-2004 El hospital iniciara, en su caso, el proceso de renovación de la autorización de programas de extracción e implante.

Objetivo 2003 El hospital incrementará los donantes de órganos y tejidos.

Indicador **Número total de donantes .**

Objetivo 2003 Número de donantes multitejidos.

Indicador **Número total de donantes multitejidos.**

Objetivo 2003 El hospital incrementará su actividad en trasplantes de córneas.

Indicador **Número total de queratoplastias.**

Objetivo 2003 El hospital disminuirá su lista de espera para trasplantes de córneas.

Indicador **Número de pacientes en lista de espera.**

Objetivo 2003 El hospital incrementará su actividad en trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

Indicador **Número total de trasplantes de progenitores hematopoyéticos.**

Objetivo 2003 El hospital disminuirá la lista de espera para trasplantes progenitores hematopoyéticos.

Indicador **Número de pacientes en lista de espera.**

Objetivo 2001-2004 El hospital aumentará la eficiencia del programa de trasplantes.

Objetivo 2003 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 2001-2004 El hospital aplicará lo establecido en el Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación.

Objetivo 2003 Análisis sistemático de todas las muertes encefálicas de las Unidades potencialmente generadoras de donantes de órganos y cumplimentación de los correspondientes formularios.

Indicador Remisión de formularios con periodicidad trimestral y anual a la Coordinación Autónoma de Trasplantes.

Objetivo 2001-2004 El hospital cumplirá lo establecido en el Registro de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de Andalucía.

Objetivo 2003 El hospital mantendrá actualizado en soporte informático los datos de sus pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo.

Indicador Conexiones periódicas a través de la red informática habilitada al efecto en los Servicios Centrales, enviando los datos actualizados de sus pacientes.

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

Urgencias

Objetivo 2003 El hospital se ajustará al número de urgencias no ingresadas acordado en el proceso de negociación de este Contrato Programa.

Objetivo 2003 Citación desde los dispositivos de atención a urgencias a las consultas de especialistas específicamente determinadas en el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada.

Indicador Relación de dispositivos de atención a urgencias que cuentan con esta capacidad. Relación del número de ingresos a observación, a hospitalización y reconsultas a urgencias en la primera semana.

Objetivo 2001-2004 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 2003 El hospital continuará la cumplimentación datos y evaluará su adecuación a los siguientes estándares de calidad y de actividad en el servicio de cuidados críticos y urgencias:

ESTANDARES DE CALIDAD. TIEMPO DE RESPUESTA ASISTENCIAL

Tiempo de clasificación: menor de 5 minutos

Tiempo de primera respuesta facultativa:

- Prioridad 1 (emergencias): respuesta inmediata
- Prioridad 2 (urgencias verdaderas no críticas): menor de 15 minutos
- Prioridad 3 (urgencias demorables o ambulatorias): menor de 30 minutos
- Prioridad 4 (no urgencias): menor de 120 minutos

Tiempo máximo en el área de policlínica: menor de 8 horas

Tiempo máximo en la sala de observación de sillones: 8 horas

Tiempo máximo de estancia en camas de observación: 24 horas

OTROS ESTANDARES 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

ESTANDARES DE ACTIVIDAD

Porcentaje máximo de ingresos en observación (camas + sillones): 15%

Porcentaje máximo de ingresos en hospitalización desde observación: 50%

Porcentaje máximo de ingresos directos en observación desde policlínica: 7,5%

Porcentaje máximo de ingresos totales (observación, camas, sillones y derivaciones a otros centros hospitalarios): 15%

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará las actividades recogidas en el manual de calidad en el servicio de cuidados críticos y urgencias.

Objetivo 2003 El hospital continuará desarrollando 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).

Grado de protocolización del 80% de los procesos (los 20 procesos mas frecuentes y otros 5 particulares de cada unidad).

Registro y análisis de mortalidad.

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará e implantará completamente el plan funcional en el servicio de cuidados críticos y urgencias.

Objetivo 2003 El hospital desarrollará e implantará el plan funcional en el servicio de cuidados críticos y urgencias adecuándose a los criterios establecidos por el Plan Andaluz de urgencias y Emergencias para su elaboración.

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará, adaptará e implantará con Atención Primaria y el 061 el plan para la actuación unificada en situaciones de urgencias y emergencias en las capitales de provincia.

Objetivo 2003 Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias deberán implicarse en el desarrollo de los procesos priorizados para el año 2.003 por la Consejería de Salud).

Evaluación Auditoría.

Objetivo 2001-2004 El hospital mejorará el funcionamiento del servicio de cuidados críticos y urgencias en base a la encuesta de opinión de pacientes y familiares que se pasará anualmente en el mismo.

Objetivo 2003 El hospital pasará / facilitará la encuesta de opinión en el servicio de cuidados críticos y urgencias.

Evaluación Auditoría

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará, implantará y mejorará el cuadro de mandos y el sistema de información en el servicio de cuidados críticos y urgencias.

Objetivo 2003 El hospital desarrollará el siguiente cuadro de mandos y sistemas de información en el servicio de cuidados críticos y urgencias:

- ACTIVIDAD SANITARIA EN LOS SCCU
- PRODUCTO SANITARIO EN LOS SCCU
- S.I. DE DEMANDA SANITARIA POR PROCESO EN LOS SCCU
- S.I. DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN LOS SCCU
- S.I. DE LAS OBRAS EN LOS SCCU
- S.I. EQUIPAMIENTO ELECTROMÉDICO E INVENTARIO EN LOS SCCU

Objetivo 2001-2004 El hospital informatizará el servicio de cuidados críticos y urgencias y desarrollará el sistema de información en base a la historia digital de salud.

Objetivo 2003 Los siguientes hospitales implantarán la nueva versión de la historia digital de salud:

- H.REINA SOFIA
- H.VIRGEN DEL ROCIO
- H.VALME
- H.VIRGEN MACARENA
- H.GENERAL HUELVA
- AREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA
- H. DE LA LINEA
- H. DE ANTEQUERA

Objetivo 2003 El hospital Materno - Infantil de Málaga pilotará la Historia Clínica Digital adaptada a las urgencias materno - infantiles.

El hospital de Traumatología del Virgen del Rocío pilotará la Historia clínica digital adaptada a las urgencias traumatológicas.

Objetivo 2001-2004 El hospital implantará el sistema de información de la red de transporte de cuidados críticos y urgencias y utilizará a red según los protocolos establecidos.

Objetivo 2003 El hospital utilizará la red de transporte de críticos según los protocolos establecidos con el formato P300.

Objetivo 2003 Se iniciará la red de transporte de críticos pediátricos según los protocolos establecidos.

Objetivo 2001-2004 Adecuación de las reformas que se planteen a la Guía de Diseño de las Áreas de Urgencias Hospitalarias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

Actividad concertada

Población de referencia para la actividad concertada

Objetivo 2001-2004 El hospital se ajustará a los objetivos establecidos en el Contrato Programa mejorando la calidad de las prescripciones y prestaciones

TRANSPORTE SANITARIO

Objetivo 2003 El hospital ajustará las prescripciones a la capacidad de los recursos contratados, manteniendo el dispositivo para traslados urgentes definido

RNM, TAC

Objetivo 2003 El hospital ajustará las prescripciones a la capacidad de los recursos contratados controlando las indicaciones por los Servicios de Diagnóstico por la imagen

Nº máximo de estudios RNM concertados por 100.000 habitantes

Nº máximo de estudios TAC concertados por 100.000 habitantes

HEMODIALISIS

Objetivo 2003 El hospital no superará el número máximo de sesiones concertadas

DIALISIS DOMICILIARIA

Objetivo 2003 El hospital aumentará/mantendrá el número de pacientes en diálisis domiciliaria

Porcentaje de pacientes en diálisis domiciliaria sobre el total de pacientes en diálisis (centros propios + concertados)

TERAPIAS RESPIRATORIAS

Objetivo 2003 El hospital se mantendrá por debajo de los niveles máximos que se establezcan en Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) y Aerosolterapia

Prevalencia máxima de pacientes en OCD (por 100.000 habitantes)

Prevalencia máxima de pacientes en Aerosolterapia (por 100.000 habitantes)

PRESTACION ORTOPROTESICA

Objetivo 2003 El hospital se mantendrá por debajo del nivel máximo de consumo por habitante fijado

Gasto en euros por habitante

ENTREGAS POR DESPLAZAMIENTO Y POR TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS

Objetivo 2003 El hospital se ajustará al presupuesto establecido



● Anexo 3

Promoción
del uso racional
del medicamento

Farmacia

Objetivo 2001-2004 El hospital estará por debajo del nivel máximo de consumo fijado para el área.

Objetivo 2003 El hospital tendrá un gasto farmacéutico del área menor del especificado en este Contrato Programa.

Indicador Gasto farmacéutico del área / número de habitantes del área.

Objetivo 2001-2004 El hospital asegurará que todos los facultativos de Atención Especializada cumplimenten la receta oficial cada vez que prescriban un medicamento que no sea de uso hospitalario a pacientes no ingresados.

Objetivo 2003 El hospital conseguirá que un número suficiente de facultativos realicen la prescripción en receta oficial para que el indicador número de recetas por consulta se sitúe al menos en 1.

Indicador Número total de recetas prescritas por los facultativos adscritos al hospital / número total de consultas realizadas.

Objetivo 2001-2004 El hospital dispondrá de un sistema de información sobre todas las prescripciones de medicamentos que realizan los facultativos de Atención Especializada a pacientes no ingresados.

Objetivo 2003 El hospital establecerá un sistema de información mecanizado sobre prescripciones de medicamentos, a pacientes no ingresados, en documentos distintos a la receta oficial para aquellos hospitales que no alcancen el objetivo anterior.

Evaluación Remisión de los datos del mencionado sistema.

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará las actuaciones necesarias para que el sobrecoste por prescribir, a igualdad de principio activo, marcas comerciales más caras sea mínimo.

Objetivo 2003 Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo establecido en este Contrato Programa.

Indicador $(N^{\circ} \text{ de recetas prescritas por principio activo} / N^{\circ} \text{ total de recetas prescritas de especialidades farmacéuticas}) * 100$.

Objetivo 2003 Porcentaje de DDD de omeprazol frente al resto de inhibidores de la bomba de protones prescritos en receta oficial.

Indicador $(N^{\circ} \text{ de DDD de Omeprazol} / N^{\circ} \text{ total de DDD de IBP}) * 100$.

Objetivo 2003 Porcentaje de DDD de ibuprofeno y diclofenaco frente al resto de AINEs prescritos en receta oficial.

Indicador $(\text{N}^\circ \text{ de DDD de ibuprofeno} + \text{N}^\circ \text{ de DDD de diclofenaco}) / \text{N}^\circ \text{ total de DDD de AINEs} * 100.$

Objetivo 2003 Porcentaje de DDD de pravastatina, lovastatina y simvastatina frente al resto de estatinas prescritas en receta oficial.

Indicador $(\text{N}^\circ \text{ de DDD de pravastatina} + \text{N}^\circ \text{ de DDD de lovastatina} + \text{N}^\circ \text{ de DDD de simvastatina}) / \text{N}^\circ \text{ total de DDD de estatinas} * 100.$

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará las actuaciones necesarias para que la prescripción en receta oficial u otros documentos de envases de medicamentos VINE sea menor de un 10%.

Objetivo 2003 El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.

Indicador $(\text{Número de envases VINE prescritos} / \text{número total de envases prescritos}) * 100.$

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará las actuaciones necesarias para que la prescripción de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con con insuficiente experiencia clínica en receta oficial sea menor de un 0,5%.

Objetivo 2003 El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos sea menor de un 1%.

Indicador $(\text{Número de envases prescritos de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica} / \text{número total de envases prescritos}) * 100.$

Objetivo 2001-2004 El hospital articulará los mecanismos necesarios que permitan conseguir que el consumo de medicamentos dispensados desde el hospital no supere un crecimiento del 9% anual.

Objetivo 2003 El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.

Indicador Consumo total.

Objetivo 2003 El consumo interno por ingreso más CMA será menor que el objetivo propuesto en este Contrato Programa.

Indicador $\text{Consumo interno} / (\text{número de Ingresos} + \text{número de procesos de CMA}).$

Objetivo 2003 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 y enfermedad de Gaucher.

Objetivo 2003 El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del hospital en Factor VIIRa y excluyendo las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry) será menor que el especificado en este Contrato Programa.

Indicador Consumo de medicamentos dispensados a pacientes externos de hospital de día, hemodiálisis, hemofilia, pacientes con fibrosis quística y otros pacientes (medicamentos de uso hospitalario y uso compasivo dispensados a pacientes externos).

Objetivo 2001-2004 El hospital realizará la evaluación y el seguimiento de al menos 12 de los principios activos de mayor impacto económico en su ámbito.

Objetivo 2003 El hospital elaborará y difundirá informes sobre la utilización de, al menos, tres de los principios activos de mayor impacto económico.

Indicador Recepción de los informes en los SSCC.

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará las acciones necesarias para que el número de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital que no tengan respaldo en la guía farmacoterapéutica de referencia sea menor de un 3%.

Objetivo 2003 El número de especialidades farmacéuticas sin respaldo en la guía de referencia será menor del especificado en este Contrato Programa.

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 2001-2004 El hospital asegurará que las inclusiones de medicamentos en su guía farmacoterapéutica se adecuen a la evidencia científica disponible y se tengan en cuenta factores económicos como el impacto de la inclusión en el presupuesto hospitalario y en el área.

Objetivo 2003 El hospital enviará mensualmente junto con las actas de la comisión de farmacia, los informes realizados para la inclusión de medicamentos en guía al Servicio de Suministros Farmacéuticos.

Evaluación El hospital enviará el reglamento a los SSCC.

Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará las acciones necesarias para que las inclusiones de medicamentos en su guía farmacoterapéutica se adecuen a las recomendaciones que realice el comité de expertos en selección de medicamentos.

Objetivo 2003 El porcentaje de especialidades farmacéuticas incluidas en la guía farmacoterapéutica del hospital sin la recomendación del comité de expertos en selección de medicamentos será menor del 20%.

Indicador Porcentaje de especialidades farmacéuticas, del total de especialidades incluidas, sin la recomendación de inclusión del comité de expertos en selección de medicamentos.

Objetivo 2001-2004 El hospital garantizará que el número de especialidades farmacéuticas VINE incluidos en su guías farmacoterapéuticas de los hospitales sea menor de un 2 %.

Objetivo 2003 El número de especialidades farmacéuticas VINE incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital será menor del 2%.

Indicador (Número de especialidades VINE incluidas / número total de especialidades incluidas) * 100.

Objetivo 2001-2004 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 sus facultativos en la aplicación informática FARMA.

Objetivo 2003 El porcentaje de no informatización de talonarios será menor del 1%.

Evaluación % de recetas sin asignación de prescriptor sobre el total de recetas facturadas.

Objetivo 2001-2004 El hospital establecerá un sistema ágil de retroalimentación de la información de los anexos de prestaciones farmacéuticas.

Objetivo 2003 El hospital deberá enviar al servicio de suministros farmacéuticos, antes del día 15 del mes siguiente, la información mensual que se recoge en el anexo de prestaciones farmacéuticas.

Indicador Sumatorio del número de días de retraso en la recepción.

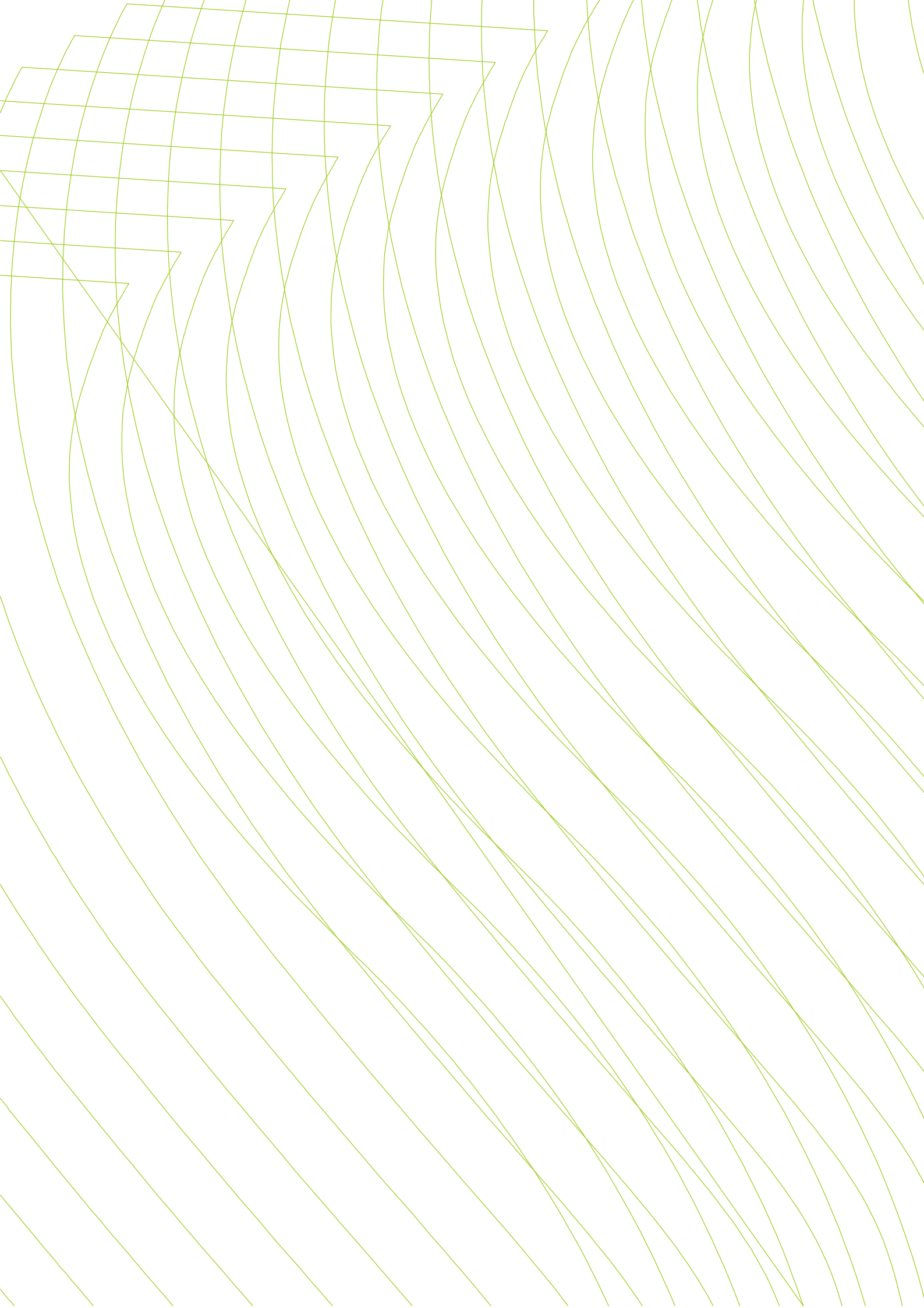
Objetivo 2003 El hospital enviará mensualmente las actas de la comisión de farmacia y terapéutica.

Indicador Número de actas enviadas.

Objetivo 2001-2004 El hospital mecanizará informáticamente los datos de adquisiciones y consumo.

Objetivo 2003 El hospital enviará los ficheros de adquisiciones y consumo descritos en los anexos de este Contrato Programa.

Indicador Número de ficheros recibidos.





Anexo 4

Docencia e investigación

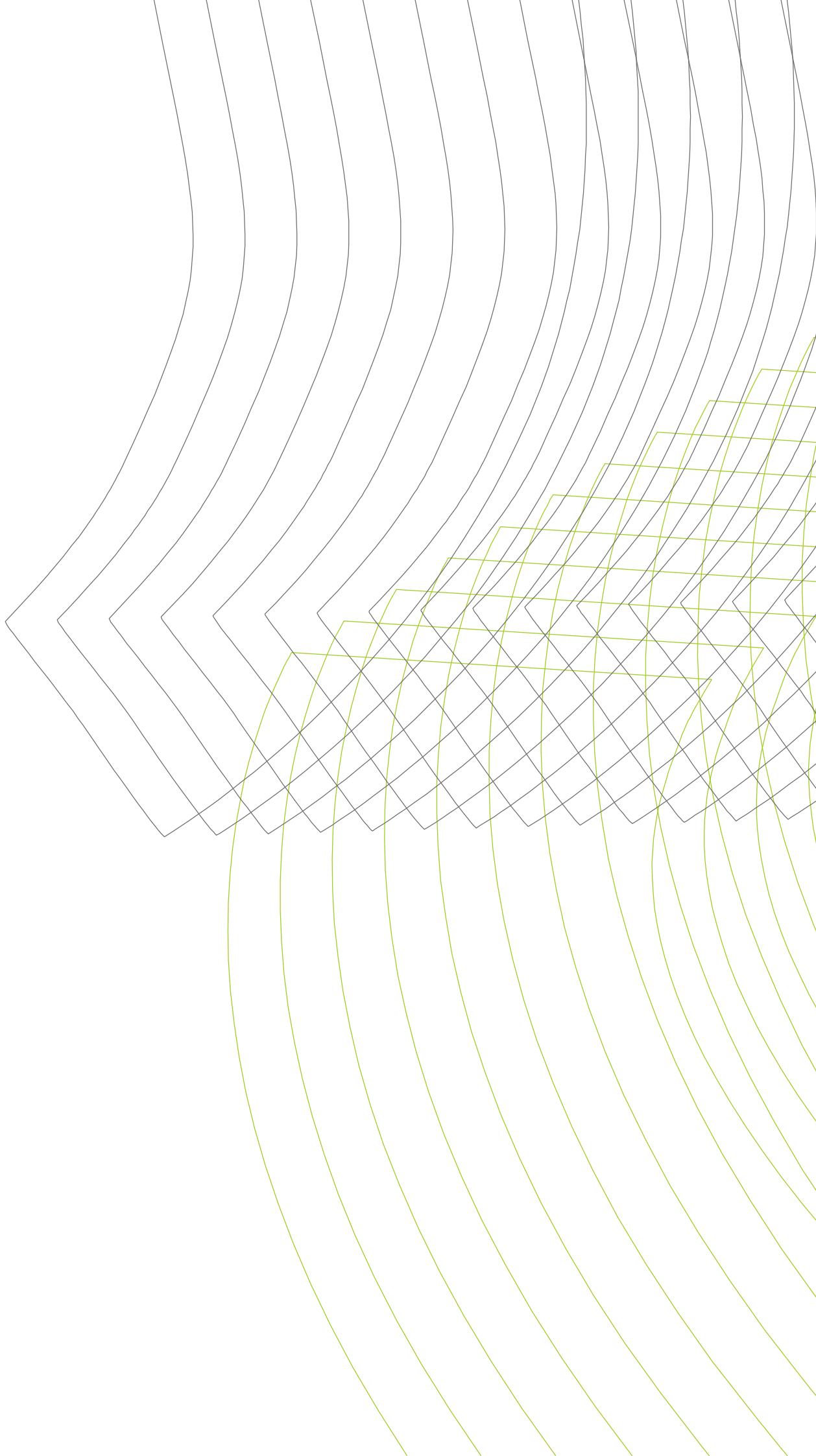
Objetivo 2001-2004 El hospital desarrollará los programas de formación que, priorizados por los Servicios Centrales, se dirigirán a problemas específicos en su ámbito, desde un enfoque integral de la asistencia sanitaria.

Objetivo 2003 El hospital priorizará actividades formativas orientadas a la gestión de procesos asistenciales, plan integral oncológico, plan integral de diabetes, nuevos planes a desarrollar en 2003, la atención al cliente, la gestión clínica, los cuidados de enfermería, el uso racional de medios diagnósticos, infecciones nosocomiales, gestión medioambiental, el uso racional del medicamento y medios tecnológicos terapéuticos, los sistemas de información, la gestión de compras y la prevención de riesgos laborales.

Indicador Número de cursos de las áreas formativas priorizadas x 100 / Total de cursos realizados.

Objetivo 2003 El hospital priorizará la información y campañas sobre higiene hospitalaria, prevención de infecciones y resistencias antibióticas.

Indicador Remisión del material didáctico editado y comunicación de la metodología utilizada.





Anexo 5

Gestión de los recursos humanos

Objetivo 2001-2004 El Centro realizará un análisis descriptivo de los puestos de trabajo en relación con las competencias necesarias para el desarrollo de los procesos asistenciales.

Objetivo 2003 Al objeto de dar respuesta a los compromisos adoptados en el Acuerdo sobre Política de Personal en el SAS de 21 de noviembre 2002, en materia de Selección y Provisión, tanto con carácter fijo como temporal, y para el desarrollo y definición de la Movilidad Interna en los Centros, cada Centro con carácter general definirá antes del primer cuatrimestre del 2003, los puestos de trabajo de cada una de sus unidades, su número y características, así como las competencias imprescindibles para su adecuado desempeño, y los clasificará como puestos básicos o de estructura.

Objetivo 2001-2004 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 2003 El Centro mantendrá el indicador global de absentismo por debajo del 5%, así mismo dedicará especial énfasis al control del absentismo por contingencias profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad profesional), de conformidad con la prevención de riesgos laborales y Salud laboral.

Objetivo 2003 El Centro realizará el seguimiento, registro y control de todo tipo de ausencias, permisos y descansos, mediante la Aplicación Integral de Gestión de Turnos y Absentismo, en la cual se incorporarán con carácter centralizado todo el modelaje de solicitudes y resolución de permisos y licencias antes del 30 de abril del 2003.

Objetivo 2003 A partir de enero del 2003 todos los Centros del SAS dispondrán del tratamiento informatizado en Red con la TGSS de la Incapacidad Temporal.

Objetivo 2001-2004 El Centro implantará la estructura de salud laboral y adecuará el plan de evaluación de riesgos.

Objetivo 2003 En el punto octavo del Acuerdo sobre Política de Personal de 21 de noviembre 2002, el SAS se compromete a la constitución de las Unidades de Prevención de riesgos laborales en el plazo de tres meses contados desde la publicación de la Orden conjunta de la Consejería de Salud y la de Empleo y Desarrollo Tecnológico, y a la constitución de los Comités de Prevención y a la Acreditación de los Delegados de Prevención.

Para ello, es necesario que el Centro presente antes de 31 de marzo del 2003 la propuesta del Plan de prevención de riesgos, al objeto de homogeneizar la gestión del riesgo y su prevención en todos los Centros, de manera que sea guía y orientación del trabajo de las Unidades de Prevención.

Objetivo 2001-2004 El Centro establecerá un Plan de Formación de Profesionales.

Objetivo 2003 El Acuerdo sobre Política de Personal de 21 de noviembre, viene a establecer dentro del modelo retributivo, entre otros elementos de mejora, el Complemento al Rendimiento Profesional, que retribuirá además de la consecución de resultados por el Servicio o Unidad y la aportación individual, la asunción de tareas y/o funciones adicionales, y finalmente en un futuro próximo el nivel de desarrollo profesional alcanzado por cada profesional. Para desarrollar este tercer aspecto, el SAS presentará la metodología y desarrollo del modelo de acreditación antes del 30 de septiembre del 2003.

Por todo ello adquieren una gran importancia, los siguientes aspectos:

La acreditación Profesional se realizará a través de un procedimiento objetivo y público y será de carácter voluntario salvo para el nivel de desempeño básico.

El compromiso que adquiere el SAS, es presentar la metodología y el procedimiento de gestión de los planes de Desarrollo Individual, que en el horizonte temporal consensuado con el profesional, son el elemento clave para el desarrollo de las acciones formativas y para la acreditación de competencias profesionales.

Entre otras acciones se establecerá una propuesta de norma unificadora de la gestión de las acciones formativas de carácter interno, impulsando las mejoras necesarias para conseguir la acreditación tanto de las actividades formativas como de los programas docentes y los provisos de la formación.

Se definirá la metodología y el procedimiento de gestión de los mapas de competencias, donde se identifiquen entre otros aspectos el sistema informático de soporte a la individualización curricular de cada profesional y el procedimiento de acreditación de cada competencia.

En una primera fase, para registrar los datos curriculares de cada profesional, se ha diseñado una herramienta, como módulo de la aplicación de Gestión Integral de Personal (GERHONTE) para el registro de los datos curriculares de cada profesional, tanto el histórico como su actualización y mantenimiento permanente, por todo ello se hace imprescindible, que cada Centro registre antes del 31 de mayo todos los datos curriculares de los profesionales.

Objetivo 2001-2004 El Centro adecuara las jornadas y descansos.

Objetivo 2003 El SAS quiere avanzar en la interpretación homogénea en el conjunto de sus centros y unidades, tanto en la aplicación de la jornada, la gestión de turnos de trabajo y el régimen de descansos, permisos, licencias y vacaciones, dentro de la necesaria flexibilidad de cara a conjugar las necesidades de prestación de un servicio público, de carácter social y preferente, como es el sanitario, que se orienta, en todas sus actuaciones, hacia la satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos, con la necesidad de facilitar la conciliación de la vida personal y laboral de sus profesionales.

Para ello se definirá una Norma unificadora que posibilite un régimen de jornada diaria y semanal flexible, y determine los criterios de computo de jornada ordinaria y su ponderación. Dicha norma permitirá también estandarizar los criterios de generación de los turnos de trabajo en cada Centro.

Por todo ello, toma especial relevancia, el seguimiento y control de la jornada, por lo que a partir del 1 de enero del 2003, todos los profesionales, tendrán establecida la jornada de trabajo y registrada en la aplicación de Seguimiento de Turnos y Absentismo, siendo esta aplicación informática la única que con carácter general servirá de soporte para el seguimiento, control y generación de los correspondientes devengos o pluses en Nomina, para cada profesional.

El Centro antes del 31 de enero del 2003, asignará a todo su personal a servicios y/o unidades en el sistema de Gestión de Personal. (GERHONTE).

Objetivo 2001-2004 El Centro potenciará la implicación y motivación de los profesionales.

En enero del 2003 se implantarán las Unidades de Atención al Profesional, que suponen una reorganización en profundidad de la Unidad de Personal, en la que los sistemas y procesos se orientan hacia los objetivos, y en la que la comunicación adquiere un papel fundamental. La Unidad de Atención al Profesional es una respuesta organizativa que se produce en las actuales Unidades de Personal con el fin de desarrollar un Plan de Atención a los profesionales, como manifestación de la importancia que se les reconoce en la organización. Las UAP tienen que tener capacidad de transmitir y recibir información y gestionar canales de comunicación, adaptarse a nuevas necesidades de Atención al profesional, evaluar necesidades y proponer áreas de mejora.

Otro elemento que el SAS incorpora para potenciar la implicación y motivación de los profesionales, es la definición del Complemento al Rendimiento Profesional, en la vertiente en la que retribuirá los resultados obtenidos por el servicio o unidad y el desempeño individual.

Por lo tanto antes del 28 de febrero del 2003, cada Centro a través de sus responsables de Unidad tendrán pactados y firmados los objetivos con su equipo. Estos objetivos, cuyo número será reducido, estarán en consonancia con los de la organización. Todo profesional podrá conocer a través de la Resolución de Retribuciones del SAS, cuanto puede percibir, cuando va a percibir los pagos a cuenta y cuál es el esfuerzo requerido para conseguir los objetivos pactados con su equipo. 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. De conformidad con los plazos de información, previa medición y evaluación, el Centro enviará la información a la DGP, para la consecuente percepción en nómina a cada profesional.

Objetivo 2001-2004 El Centro establecerá el Plan de Control de gasto de personal.

Objetivo 2003 De conformidad con la asignación presupuestaria para Capítulo I de cada Centro, antes del 31 de enero del 2003, el Hospital periodificará en la Aplicación de Control Presupuestario el presupuesto asignado. Durante todo el año 2003 se desarrollará un plan de seguimiento y evaluación del Gasto de Personal, específicamente de gasto variable. 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.

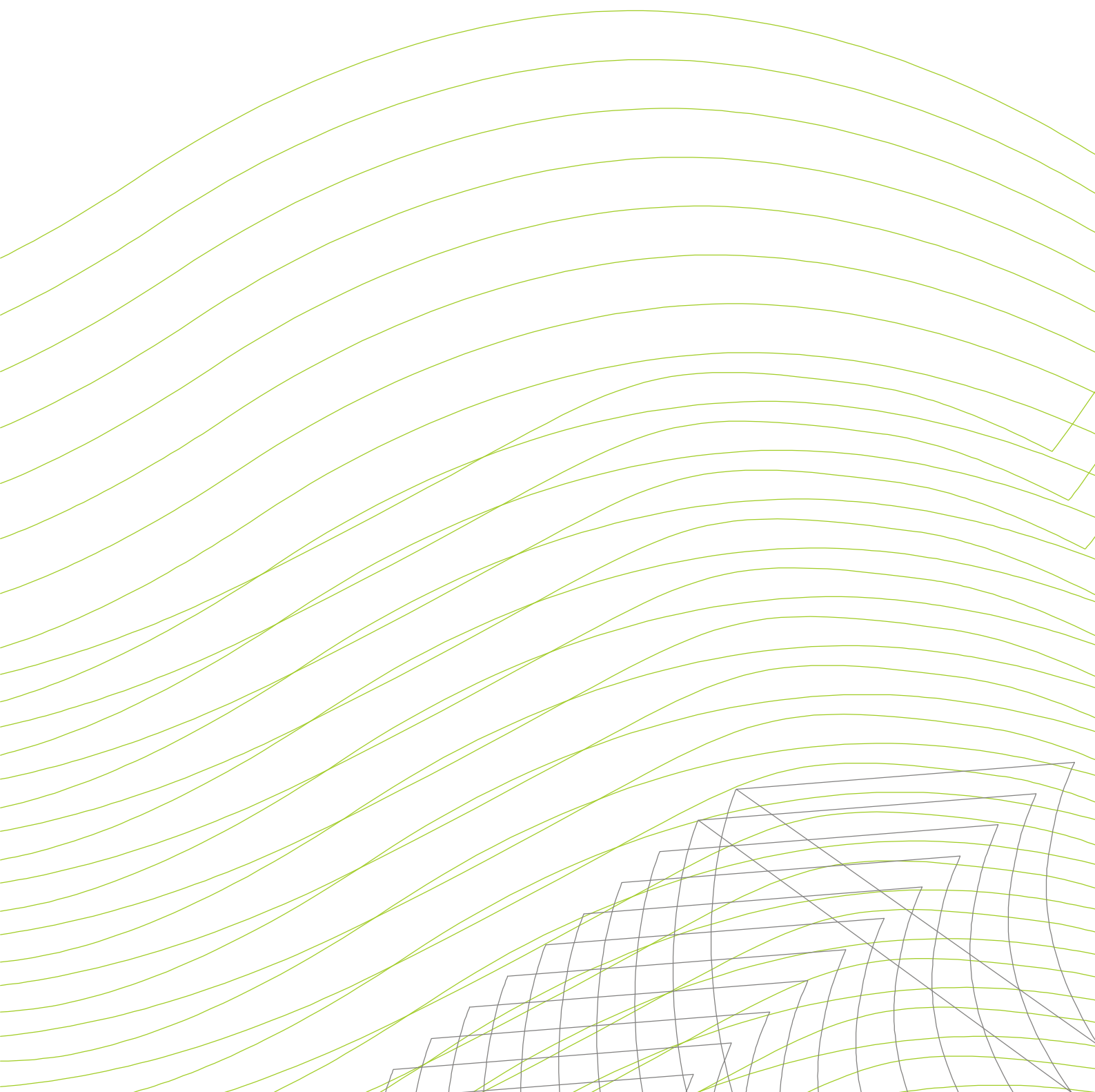
Objetivo 2001-2004 El SAS favorecerá e impulsará cuantas medidas organizativas sean necesarias para que el número de horas de prestación efectiva de servicios de sus profesionales no exceda de 48 horas semanales en cómputo semestral.

Objetivo 2003 El SAS se compromete a presentar una propuesta de reordenación de la Atención Urgente en los ámbitos de Atención primaria y Atención especializada, para lo cual identificará el número y tipo de especialistas de presencia física necesarios según el tamaño y tipo de hospital. Por tanto el Centro solo podrá modificar lo establecido en cada caso, previa autorización conjunta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Personal y Servicios.



Anexo 6

Gestión económica



LINEA DE ACCION: Financiación Interna I.1.

Objetivo 2001-2004 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 2003 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 25 y excluida Farmacia diferencial) del Programa 41C; 162.00 y capítulo 2 del 41B; Capítulo 4 del 41G]

I.1.b) Gastos Farmacia Diferencial (fundamentalmente farmacia pacientes externos) del Cap. 2 41C

I.1.c) Gastos de personal en formación (Mir/EUE/UDMFyC) Capítulo 1 Programa 41B, excluido 150 y 160

Indicador Importe de las Obligaciones contabilizadas en el sistema Júpiter.

En bienes y servicios, programa 41C, el gasto periodificado 2003 debe ser igual al C.P. Negociado para el 2003.

LINEA DE ACCION: Gestión Presupuestaria I.2. Contratación Administrativa distinta Contrato Menor

Objetivo 2001-2004 El Centro ejecutará el presupuesto asignado en Bienes y Servicios aplicando los procedimientos reglados de acuerdo con la LCAP. Su volumen de gasto mediante Contratación Administrativa diferente al contrato menor al final del cuatrienio, será del 80%

Objetivos 2003 Durante el año 2003 el Centro deberá situarse en el 75% de la distancia entre el valor alcanzado en el año 2000 y el 80%.

Todos los programas y conceptos

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 2001-2004 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 2003 Durante el año 2003 el Centro ejecutará el crédito disponible en Bienes y Servicios en Contabilidad Oficial en un valor equivalente al 100%, con un ratio Oficial/Previa igual a la unidad.

• Acumulado al 1º Trimestre (A 31 Marzo 2003)	20%
• Acumulado al 2º Trimestre (A 30 Junio 2003)	45%
• Acumulado al 3º Trimestre (A 30 Septiembre 2003)	70%
• Acumulado al 4º Trimestre (Al cierre Ejercicio 2003)	100%

Indicador

1º.- Porcentaje de Obligaciones contabilizadas en Oficial en el Sistema Jupiter

2º.- Ratio Oficial/Previa

LINEA DE ACCION: Gestión Presupuestaria I.4. Demoras

Objetivo 2001-2004 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 2003 Las facturas que se situen en ámbito de pagos -Anticipo Caja Fija o Tesorería Central- no deberá 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 A.C.F. o de Tesorería, en caso de pago en firme.

Demora máxima desde recepción de factura hasta situación en ámbito Gestor Pagador

Intereses virtuales pagador a proveedores por demora superior

Indicador 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 Presupuestaria I.5. Servicio y asistencia a no beneficiarios

Objetivo 2001-2004 Los Centros desarrollaran las acciones y sistemas de control adecuados que les permita identificar los procesos asistenciales para los que exista un tercero obligado al pago de los mismos. Se establece como objetivo para el cuatrienio la facturación y la gestión de cobro del 100% de los procesos susceptibles de facturación.

Objetivo 2003 El Centro deberá alcanzar una liquidación notificada equivalente a la recaudación media obtenida durante los ejercicios 2001 y 2002 (Excluidos los ingresos acumulados en artículo 38 -reintegros al presupuesto- que actúan como ingresos virtuales).
(Ingresos 2001 + Ingresos 2002) / 2 , salvo artículo 38.

Indicador Resumen total acumulado de liquidaciones notificadas por Organo Gestor.



Anexo 7

Inversiones

Objetivo 2003 Objetivo individualizado por hospital.





Anexo 8

Financiación

Cuenta de ingresos y gastos

CONCEPTO	INGRESOS 2003
Por Atención Sanitaria a la Población adscrita	
Por Población	
Subvención a la asistencia	
Ingresos Diferenciales	
Farmacia diferencial (fundamentalmente pacientes externos)	
Formación de Residentes / EUE	
Inversiones	
Por inversiones nuevas	
Por inversiones de reposición	
Otros programas especiales	
Ingresos por facturación y cobros a terceros	
Asistencia sanitaria	
Concesiones administrativas	
Inspección Control Sanitario	
Servicios Sanitarios SAS	
Otros Ingresos gestionados por el Centro	
TOTAL INGRESOS	

CONCEPTO	GASTOS 2003
Retribuciones de personal	
Personal Fijo	
Atención Continuada	
Personal Temporal Sustitutos	
Personal Temporal Eventuales	
Otros gastos de formación y perfeccionamiento	
Retribuciones por formación	
Residentes / EUE (Sin cuotas de s. social)	
Otros gastos de personal	
Productividad	
Apoyo a la familia	
Gastos en bienes corrientes y servicios	
Arrendamientos	
Mantenimiento y reparación	
Compra de Bienes y Servicios	
Indemnizaciones por razón de servicio	
Compra de servicios mediante concierto	
Gastos de formación del personal	
Cursos y seminarios internos	
Indemnización por asistencia a cursos externos. Bolsa estudios	
Gastos para entregas a pacientes	
Entregas por desplazamientos y otros	
Prótesis y vehículos para inválidos	
Otros gastos y convenios	
Gasto en inversión	
Inversiones nuevas	
Inversiones de reposición	
Otras inversiones y transferencias de capital	
TOTAL GASTOS INTERNOS	
Personal cedido por otros Centros	
Gastos Centralizados controlables	
Cuotas Patronales	
Personal vinculado	
Conciertos Centralizados	
Otros gastos centralizados	
TOTAL GASTOS EXTERNOS	
TOTAL GASTOS CONTROLABLES	

Cuenta de ingresos y gastos

Las especificaciones de los distintos apartados de la cuenta de gastos son:

Retribuciones de personal: Recoge la totalidad de los gastos presupuestados para las retribuciones de personal adscrito a la plantilla del Centro (Excepto MIR/EUE) con independencia de su carácter fijo o temporal. No incluye gastos de productividad.

Retribuciones por formación: En hospitales se clasifica en esta rúbrica las retribuciones del personal en formación Médicos internos residentes y escuelas universitarias de enfermería, y las indemnizaciones por los pagos de la inscripción a cursos externos autorizados al personal adscrito al Centro.

Otros gastos de personal: Retribución por productividad.

Gastos en bienes corrientes y servicios: Autorización máxima de gastos en bienes y servicios excluidos los derivados de conciertos y formación interna. El importe de esta rúbrica coincidirá con el crédito asignado al Centro y sometido por tanto a los objetivos de gestión económico-administrativa negociados en Contrato Programa, además de constituir en sí mismo el límite máximo de gasto periodificado.

Compra de servicios mediante concierto: Autorización de gasto para servicios concertados de gestión directa por el Centro. Se recogen los importes de los contratos formalizados y/o los consumos máximos autorizados de sesiones y pruebas diagnósticas negociados en Contrato Programa: Están sometidos igualmente a los requisitos de gestión económico-administrativa de gastos en bienes y servicios.

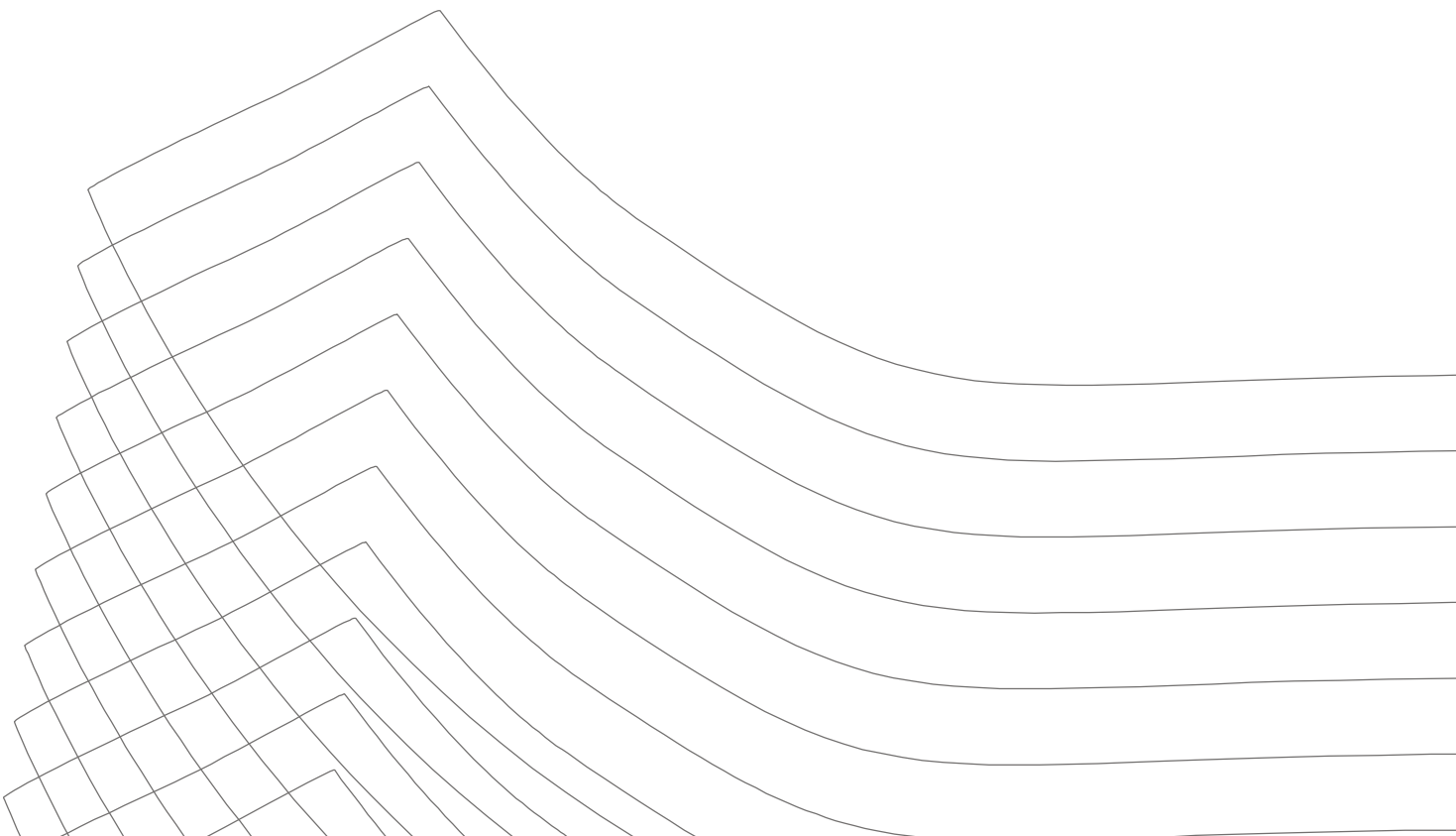
Gastos de formación del personal: Recoge la previsión de gasto para el desarrollo de actividades (cursos, talleres, ...) de formación continua, dirigidas al personal del Centro y de otros centros del Organismo, y las indemnizaciones por desplazamiento y estancia con motivo de la asistencia a actividades de formación, del personal adscrito al centro. No se incluyen las mismas actividades cuando éstas forman parte del programa de formación del Ministerio de Administraciones Públicas.

Gastos para entrega a pacientes: Dotación de créditos para reembolsar a los usuarios de los pagos efectuados por los mismos como consecuencia de la adquisición de prótesis, vehículos, etc., y los efectuados con motivo de desplazamientos desde su domicilio al centro asistencial.

Gastos de inversión: Créditos asignados al centro recogidos en Contrato Programa para inversiones nuevas y/o de reposición, gestionadas por el Centro.

Estas rúbricas descritas corresponden todas ellas a gastos internos, es decir, aquellos en los que el Centro gestiona las actividades a todos los niveles: económico, administrativo y contable.

Gastos centralizados controlables: En este apartado se recogen los gastos controlables por el Centro, de diversa índole, en los que los créditos presupuestarios se encuentran en centros de gasto distintos, fundamentalmente en Servicios Centrales y Delegaciones Provinciales. Este tipo de gasto incluye los conciertos y mantenimientos de contratación centralizada, las cuotas de seguridad social, etc.





Anexo 9

Sistemas de información

Objetivo 2001-2004 **Adaptación de los sistemas de información a las necesidades de gestión del SAS.**

SICPRO: Objetivo 2003

- 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
- Cuadre de los datos comunes con el sistema INIHOS

Evaluación Remisión de ficheros en tiempo y forma.

Análisis de discrepancias INIHOS-SICPRO.

INIHOS: Objetivo 2003

- Remisión del INIHOS cumplimentando el 100% de sus variables con periodicidad mensual y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente.
- Cuadre de los datos comunes con el sistema SICPRO.

Evaluación Remisión de ficheros en tiempo y forma.

Análisis de discrepancias INIHOS-SICPRO.

CMBDA: Objetivo 2003

- Remisión del CMBDA cumplimentando el 100% de sus variables (excepto fecha de traslado e identificación de servicio de traslado) con periodicidad trimestral y envío dentro del mes siguiente a la finalización del trimestre correspondiente.
- Implementación de la variable ocupación.
- Remisión de bases de datos depuradas y validadas con el programa de detección de errores Test - CMBDA v.1.0.

Evaluación Remisión de ficheros en tiempo y forma.

% de cumplimentación de la variable ocupación.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

PRIORITARIAS (SIPDP): Objetivo 2003

- Remisión del sistema de información de pruebas diagnósticas prioritarias (definidas en el Anexo de Pruebas Diagnósticas Prioritarias) 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 ficheros en tiempo y forma.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS (SICE): Objetivo 2003

- Remisión del sistema de información de consultas especializadas 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 ficheros en tiempo y forma.

LEMEH: Objetivo 2003

- Cumplimentación del 100% de los campos en los registros del SI LEMEH correspondientes a las variables siguientes: fecha de solicitud de cita, fecha de cita, número de TASS o número de afiliación según el caso, centro de atención primaria, centro de atención especializada y especialidad.

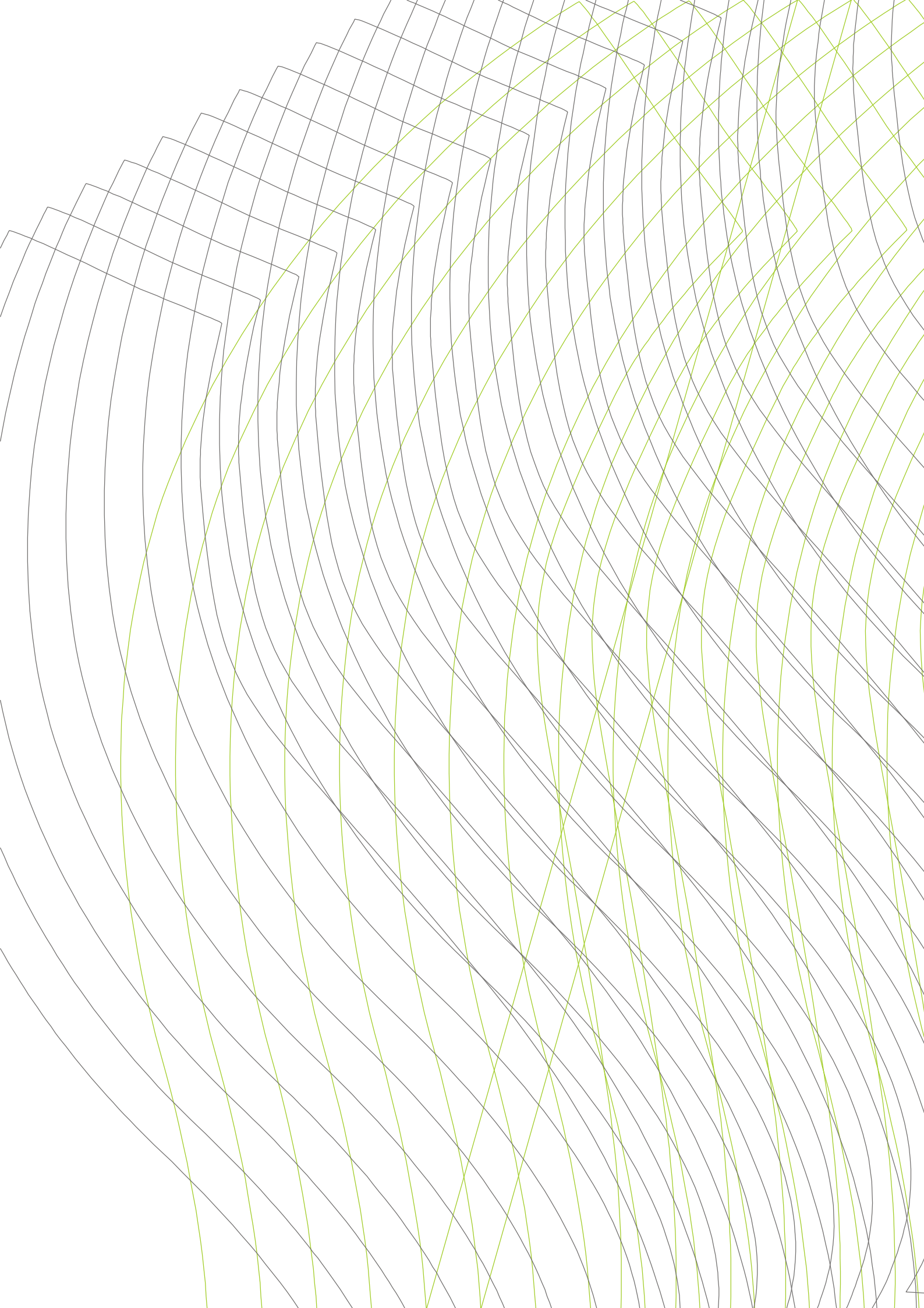
Indicadores % de citas cargadas del total de primeras consultas de primaria.

% de cumplimentación en total de registros.

REGISTRO DE CIRUGIA CARDIACA: Objetivo 2003

- Remisión del registro de actividad de cirugía cardiaca 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 ficheros en tiempo y forma.





Anexo 10
Fichero de
adquisición mensual
de medicamentos
en hospitales

Fichero en código ASCII con las siguientes características:

Nombre compuesto por 8 dígitos:

- 1 dígito primero cumplimentado con una letra correspondiente al año. Para 2003 la letra que se asigna es la "M"
- 5 dígitos correspondientes al código del área hospitalaria que se recogen en el anexo
- 2 dígitos para el mes

Estructura del registro:

Código ASCII, sin delimitadores de campo y un retorno de carro CHR(13) y un LINE FEED CHR(10). La longitud y orden de los campos a consignar será el siguiente:

CAMPO	ANCHO
CODIGO	6
DENOMINACION	42
UNIDADES POR ENVASE	3
LABORATORIO	3
TIPO ENVASE	1
Nº DE ENVASES	4
IMPORTE	10

CODIGO: Código Nacional de la especialidad. En el resto de medicamentos se especificará el código asignado por del Hospital en tanto no se realice una codificación y clasificación uniforme.

DENOMINACION: Nombre de la especialidad, dosificación y forma farmacéutica.

UNIDADES POR ENVASE: Número de unidades que contiene el envase (cápsulas, comprimidos, sobres, etc.). En el caso de soluciones, suspensiones, polvos, o cualquier otra que no posea una presentación en dosis unitaria, se considerará como unidad el envase.

LABORATORIO: Código del laboratorio.

TIPO ENVASE: Tipo de envase asignando la siguiente codificación:

- 0 Envase normal
- 1 Envase clínico
- 2 Preparado de laboratorio
- 3 Preparados para nutrición parenteral
- 4 Materias primas para formulación magistral
- 5 Medicamentos extranjeros
- 6 Productos dietéticos

Nº DE ENVASES: Reflejará el número de envases que han tenido entrada en el servicio de Farmacia durante el mes, incluidas las bonificaciones.

IMPORTE: Importe total real para el Hospital de las unidades adquiridas, incluidos descuentos, rappels e IVA. Las bonificaciones en producto se imputarán a importe cero.





Anexo 11

Fichero de
consumo mensual
de medicamentos
en hospitales

Fichero en código ASCII con las siguientes características:

Nombre compuesto por 8 dígitos:

- 1 dígito primero cumplimentado con una letra correspondiente al año. Para 2003 la letra que se asigna es la "M".
- 5 dígitos correspondientes al código del área hospitalaria.
- 2 dígitos para el mes.

Estructura del registro:

Código ASCII, sin delimitadores de campo y un retorno de carro CHR(13) y un LINE FEED CHR(10). La longitud y orden de los campos a consignar será el siguiente:

CAMPO	ANCHO
COD. SERVICIO MÉDICO	2
CODIGO DE LA UNIDAD	3
COD.ESPECIALIDAD	6
DEN. ESPECIALIDAD	42
Nº DE UNIDADES	10
IMPORTE	14

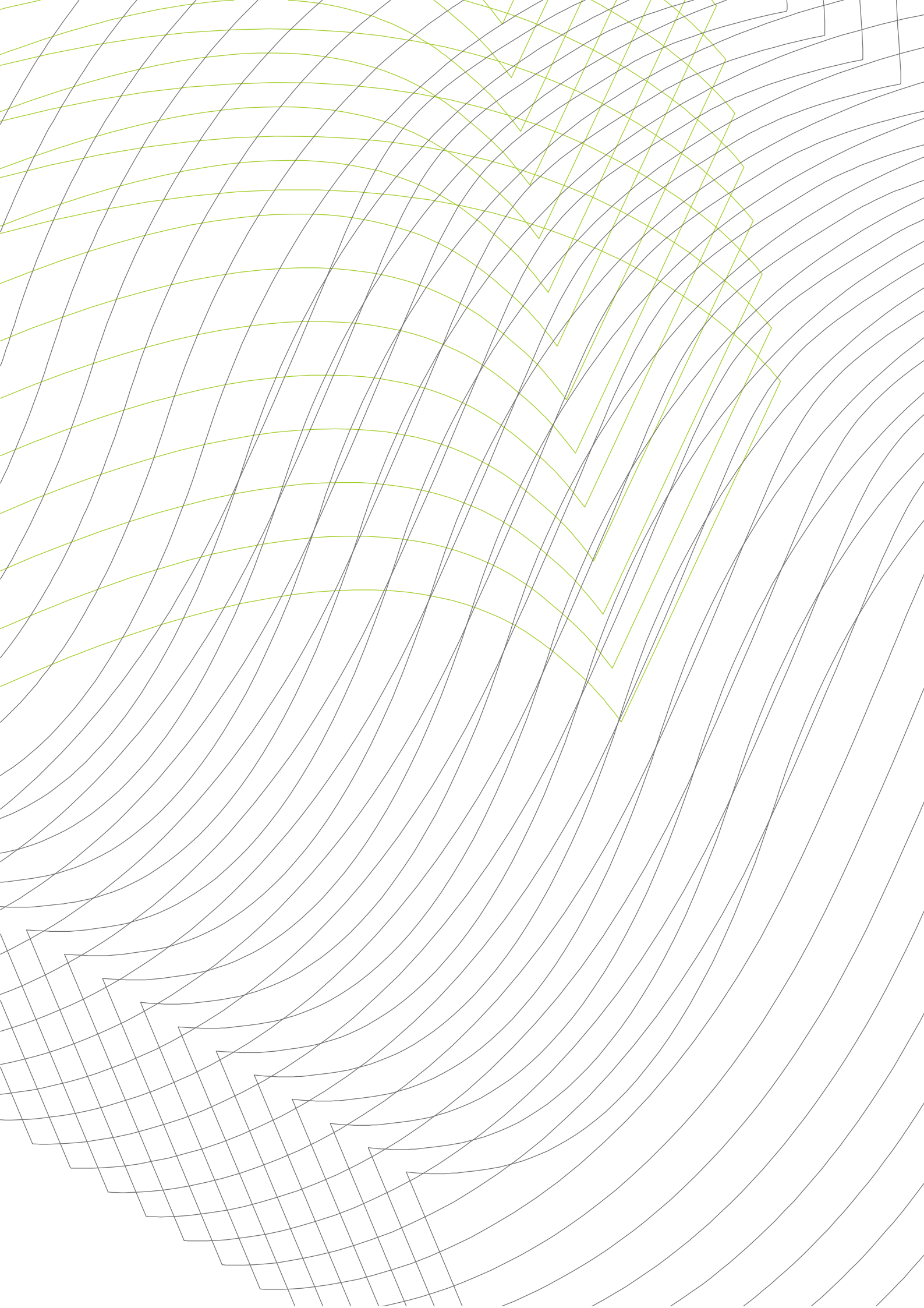
COD. SERVICIO MEDICO Y CÓDIGO DE UNIDAD: Se consignará el código del servicio médico y el código de unidad a los que deba imputarse el consumo. Dichos códigos estarán estandarizados y serán enviados a cada hospital por el Servicio de Asistencia Farmacéutica de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Dicha codificación ha sido consensuada por la Comisión Central de Farmacia.

COD. ESPECIALIDAD: Código Nacional de la especialidad. En el resto de medicamentos se especificará el código asignado por el Hospital en tanto no se realice una codificación y clasificación uniforme.

DEN. ESPECIALIDAD: Nombre de la especialidad, dosificación y forma farmacéutica.

Nº DE UNIDADES: Número de unidades consumidas (cápsulas, comprimidos, sobres, etc.).

IMPORTE: Coste a precio real de adquisición de las unidades consumidas.





Anexo 12

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 VIIIr activado
 - 3.2. Consumo total pacientes no ingresados
 - 3.2.1. Consumo pacientes VIH+ sin hepatitis C
 - 3.2.1.1. Antirretrovirales
 - 3.2.2. Consumo pacientes VIH+ con hepatitis C
 - 3.2.2.1. Antirretrovirales
 - 3.2.2.2. Medicamentos para la hepatitis C
 - 3.2.3. Consumo de pacientes con hepatitis C (no VIH+)
 - 3.2.4. Consumo pacientes fibrosis quística
 - 3.2.5. Consumo pacientes hemofílicos A (factor VIII)
 - 3.2.5.1. Consumo de factor VIII recombinante
 - 3.2.6. Consumo pacientes hemofílicos B (factor IX)
 - 3.2.6.1. Consumo de factor IX recombinante
 - 3.2.7. Consumo externo de factor VIIIr activado
 - 3.2.8. Consumo Interferón en esclerosis múltiple
 - 3.2.9. Consumo pacientes enfermedad Gaucher
 - 3.2.10. Consumo pacientes enfermedad de Fabry
 - 3.2.11. Consumo en unidades de hemodiálisis
 - 3.2.11.1. Consumo en unidades propias
 - 3.2.11.2. Consumo en unidades concertadas

Unidad	Consumo

- 3.2.12. Consumo Hospital de Día
- 3.2.13. Otros medicamentos
- 3.2.14. Consumo de pacientes no ingresados con prescripción realizada por especialistas adscritos a otro hospital.
 - 3.2.14.1. De otro hospital andaluz
 - 3.2.14.2. De otra comunidad autónoma.
- 3.3. Consumo de radiofármacos

4. N° pacientes VIH+
 - 4.1. N° de pacientes VIH+ con doble terapia
 - 4.2. N° de pacientes VIH+ con triple terapia
 - 4.3. N° de pacientes VIH+ con cuádruple terapia
 - 4.4. N° de pacientes VIH+ con quíntuple terapia
5. N° pacientes VIH+ con hepatitis C
6. N° pacientes con hepatitis C (sin ser VIH+)
7. N° pacientes fibrosis quística
8. N° pacientes hemofílicos A
 - 8.1. En tratamiento con factor VIII recombinante
9. N° pacientes hemofílicos B
 - 9.1. En tratamiento con factor IX recombinante
10. N° pacientes esclerosis múltiple
11. N° pacientes enfermedad Gaucher
12. N° pacientes enfermedad de Fabry
13. N° pacientes Unidades de hemodiálisis
14. N° pacientes Hospital de Día
15. N° otros pacientes no ingresados
16. N° pacientes externos cuyo médico prescriptor pertenezca a otro hospital
 - 16.1. De otro hospital andaluz
 - 16.2. De otra comunidad autónoma
17. Medicamentos VINE incluidos en la guía farmacoterapéutica (enviar solo en los meses de Diciembre y Junio)
 - 17.1. Número de especialidades VINE incluidas en la guía farmacoterapéutica
 - 17.2. Porcentaje de especialidades VINE incluidos en la guía farmacoterapéutica
18. Porcentaje de especialidades farmacéuticas incluidas en Guía que no están incluidas en la Guía de Referencia
19. Medicamentos prescritos a través de recetas:
 - 19.1. Número de recetas prescritas por consulta
 - 19.2. Importe total recetas
 - 19.3. Número de recetas prescritas por principio activo
 - 19.3.1. % de recetas prescritas por principio activo
 - 19.4. Número envases medicamentos VINE
 - 19.4.1. Porcentaje envases VINE
 - 19.5. Número de Envases "Novedades Terapéuticas Ineficientes" prescritas en Receta Oficial u otros Documentos
 - 19.5.1. Porcentaje envases "Novedades Terapéuticas Ineficientes"
 - 19.6. Importe, a P.V.P., de gasto ineficiente por prescribirse una opción de precio superior al establecido como máximo en el acuerdo de prescripción "por principio activo"
 - 19.6.1. Porcentaje de gasto ineficiente

Glosario de términos a la presentación farmacéutica en instituciones hospitalarias:

ADQUISICIÓN MENSUAL TOTAL

Valor¹ de los medicamentos² que han tenido entrada en el Servicio de farmacia en el mes correspondiente. Incluirá la adquisición para Centros de Atención Primaria y la adquisición de radiofármacos que el servicio de farmacia haya tramitado.

POR CONCURSO

Valor¹ de los medicamentos² que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, cuya adquisición se ha efectuado mediante Concurso Público.

POR PROCEDIMIENTO NEGOCIADO

Valor¹ de los medicamentos² que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, cuya adquisición se ha efectuado mediante Procedimiento Negociado.

SUMINISTRO MENOR

Valor¹ de los medicamentos² 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

Valor¹ de los medicamentos² existentes en el Servicio de Farmacia el último día del mes correspondiente.

CONSUMO MENSUAL TOTAL

Valor¹ de los medicamentos² 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.).

CONSUMO TOTAL PACIENTES INGRESADOS

Valor¹ 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

Valor¹ 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 VIH +.
- Interferón para pacientes con esclerosis múltiple.
- Medicamentos para pacientes con enfermedad de Gaucher.
- Medicamentos para pacientes con enfermedad de Fabry.
- Medicamentos destinados a pacientes atendidos en unidades de hemodiálisis propias y concertadas. En las concertadas indicar el nombre y el consumo de cada unidad.
- Medicamentos administrados o entregados a pacientes no ingresados atendidos en Hospital de día (consultas externas de Oncología, Hematología, Ginecología, Urología y Pediatría)

- 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 en hoja de cálculo normalizada que se remitirá desde el servicio de suministros farmacéuticos a todos los hospitales).

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.

NÚMERO DE PACIENTES VIH+ SIN HEPATITIS C

Número de tratamientos mensuales³ dispensados para Pacientes todos los pacientes VIH+, no ingresados.

Nº PACIENTES VIH+ CON HEPATITIS C

Número de tratamientos mensuales³ 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 mensuales³ dispensados para Pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C, no VIH +, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Número de tratamientos mensuales³ dispensados a pacientes afectados de fibrosis quística, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES HEMOFÍLICOS

Número de tratamientos mensuales³ dispensados a pacientes hemofílicos, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Número de tratamientos mensuales³ de interferón dispensados a pacientes afectados de esclerosis múltiple, no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES ENFERMEDAD DE GAUCHER

Número de tratamientos mensuales³ dispensados o administrados a Pacientes con enfermedad de Gaucher , no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES ENFERMEDAD DE FABRY

Número de tratamientos mensuales³ dispensados o administrados a Pacientes con enfermedad de Fabry , no ingresados.

NÚMERO DE PACIENTES UNIDADES DE HEMODIALISIS

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 (consultas externas de Oncología, Hematología, Ginecología Urología y Pediatría) durante el mes correspondiente.

NÚMERO OTROS PACIENTES NO INGRESADOS

Número de tratamientos mensuales³ de "otros medicamentos" 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. Ej Acido Acetil Salicílico 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.

NÚMERO DE RECETAS PRESCRITAS POR CONSULTA

Número total de recetas prescritas por todos los centros dependientes del hospital, dividido por el número total de consultas externas llevadas a cabo en el mes correspondiente.

IMPORTE TOTAL DE RECETAS

Valor del total de los medicamentos, calculado a P.V.P., prescritos en receta oficial del S.A.S. por los médicos adscritos al hospital durante el mes correspondiente.

NÚMERO DE ENVASES DE MEDICAMENTOS VINE Y % DE ENVASES VINE

Número de envases VINE prescritos en receta oficial del S.A.S. u otros medicamentos por los médicos adscritos al hospital durante el mes correspondiente y % que este valor representa frente al número total de envases prescritos.

PORCENTAJE DE ENVASES "NOVEDADES TERAPÉUTICAS INEFICIENTES" PRESCRITAS EN RECETA OFICIAL U OTROS DOCUMENTOS

Porcentaje de envases de medicamentos definidos como Novedad Terapéutica Ineficiente prescritos en receta oficial u otros documentos sobre el total de envases prescritos.

IMPORTE, A P.V.P., DE GASTO INEFICIENTE POR PRESCRIBIRSE UNA OPCIÓN DE PRECIO SUPERIOR AL ESTABLECIDO COMO MÁXIMO EN EL ACUERDO DE PRESCRIPCIÓN "POR PRINCIPIO ACTIVO"

Diferencia de coste a PVP que se hubiese producido de haberse prescrito por "principio activo" en receta oficial del S.A.S. u otros documentos y % que este importe representa sobre el valor total de las recetas prescritas.

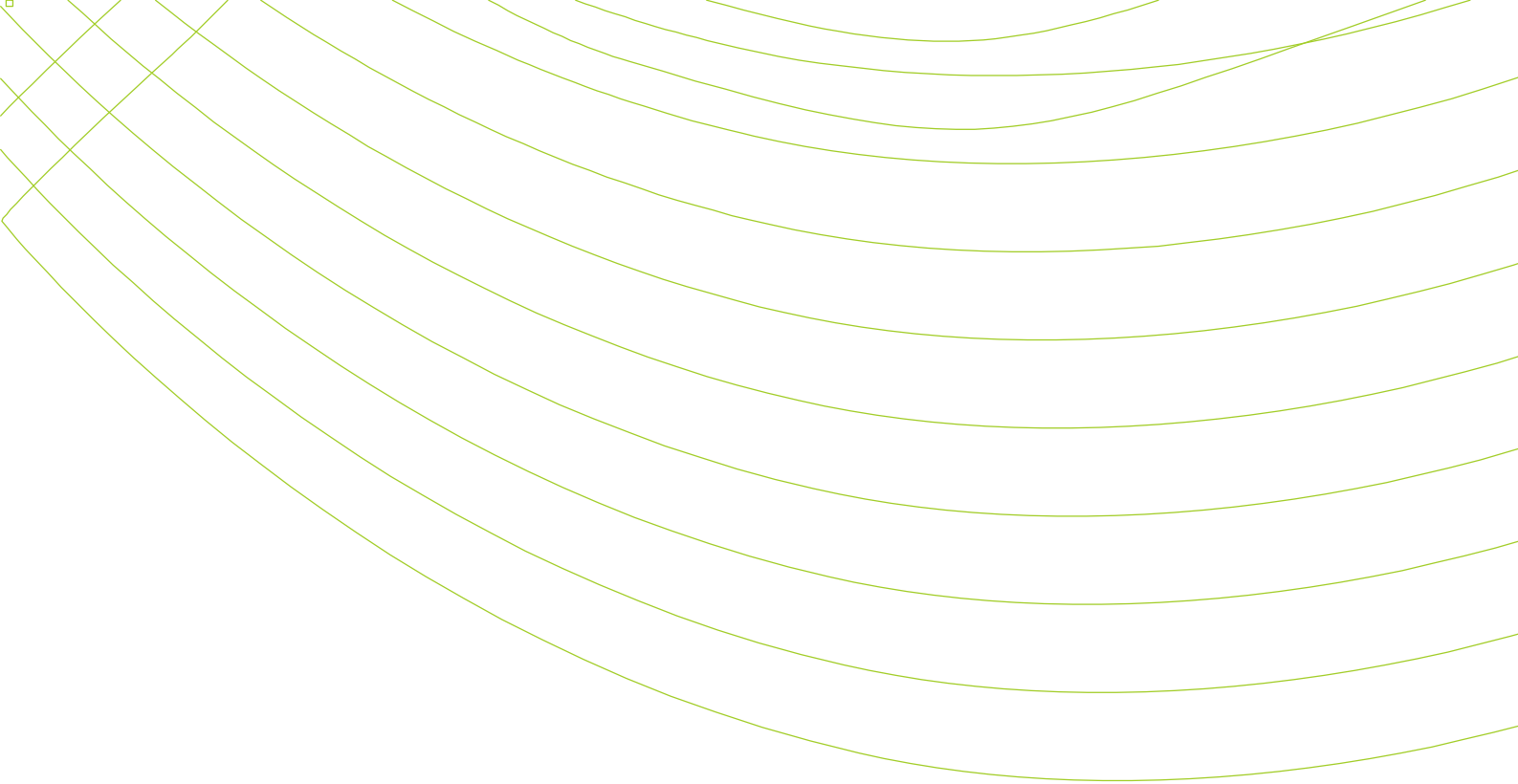
1. Valor

Importe de los medicamentos calculado a precio real de adquisición, incluidos descuentos, bonificaciones, rappels e I.V.A. 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 explícita referencia a ellos" (Ley 25/90 del Medicamento). Por tanto, se incluirán, también, la nutrición parenteral, contrastes radiológicos, radiofármacos y cualquier otro que pudiera entenderse comprendido en la definición anterior.

3. 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 doble, triple, cuádruple o quintuple terapia no se tendrán en cuenta aquellos antirretrovirales que se administran a bajas dosis para aumentar la biodisponibilidad de otros.





Anexo 13

Códigos y
pesos GDR de
la cirugía mayor
ambulatoria

PROCEDIMIENTOS DE CMA 2003

CODIGO TITULO

LIBERACION DE TUNEL

- 04.43 LIBERACION DE TUNEL CARPIANO
- 04.44 LIBERACION DE TUNEL DEL TARSO

EXCISIONES TIROIDEAS PARCIALES

- 06.2 LOBECTOMIA TIROIDEA UNILATERAL
- 06.31 EXCISION DE LESION DE TIROIDES

EXTIRPACION DE LESION IMPORTANTE DEL PARPADO O DE CUALQUIER LESION CON RECONSTRUCCION DEL PARPADO

- 08.23 EXCISION DE LESION IMPORTANTE DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL
- 08.24 EXCISION DE LESION IMPORTANTE DE PARPADO, ESPESOR TOTAL
- 08.20 al 08.22 y 08.25 + asociado (08.61 al 08.74) EXTIRPACION DE CUALQUIER LESION CON

RECONSTRUCCION DEL PARPADO (ver códigos asociados)

OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL

- 09.8X FISTULIZACION DEL TRACTO LAGRIMAL HASTA LA CAVIDAD NASAL

TRABECULECTOMIA DESDE EL EXTERIOR

- 12.64 TRABECULECTOMIA DESDE EL EXTERIOR

CIRUGIA DEL ESTRABISMO

- 15.1X OPERACIONES SOBRE UN MUSCULO EXTRAOCULAR CON DESPRENDIMIENTO TEMPORAL DEL GLOBO
- 15.21 PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO SOBRE UN MUSCULO EXTRAOCULAR
- 15.22 PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO SOBRE UN MUSCULO EXTRAOCULAR
- 15.3 OPERACIONES SOBRE 2 O MAS MUSCULOS EXTRAOCULARES CON DESPRENDIMIENTO TEMPORAL DEL GLOBO, UNO O AMBOS OJOS
- 15.4 OTRAS OPERACIONES SOBRE 2 O MAS MUSCULOS EXTRAOCULARES, UNO O AMBOS OJOS
- 15.5 TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
- 16.91 + asociado 99.57 INYECCIÓN DE TOXINA BOTULINICA RETROBULBAR

CATARATAS

- 13.1 EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO
- 13.2 EXTRACCION EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TECNICA EXTRACCION LINEAL
- 13.3 EXTRACCION EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TECNICA SIMPLE ASPIRACION E IRRIGACION
- 13.4 EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO, TECNICA DE FRAGMENTACION Y ASPIRACION
- 13.5 OTRA EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO
- 13.6 OTRA EXTRACCION DE CATARATA
- 13.7X INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTESICO (PSEUDOCRISTALINO)

OPERACIONES SOBRE OIDO MEDIO

- 19.4 MIRINGOPLASTIA

INTERVENCIONES DE PIRAMIDE NASAL

- 21.5 RESECCION SUBMUCOSA DE TABIQUE NASAL (SEPTOPLASTIAS)
- 21.88 OTRAS SEPTOPLASTIAS

EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE

- 23.1 EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE

EXCISION DE LESION DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO

24.4 EXCISION DE LESION DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO

REPARACION DE LABIO FISURADO

27.54 REPARACION DE LABIO FISURADO

HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMIGDALAS

28.2 AMIGDALECTOMIA SIN ADENOIDECTOMIA
 28.3 AMIGDALECTOMIA CON ADENOIDECTOMIA
 28.4 EXTIRPACION RESTO AMIGDALINO
 28.5 EXTIRPACION DE AMIGDALA LINGUAL
 28.6 ADENOIDECTOMIA SIN AMIGDALECTOMIA
 28.92 EXCISION DE LESION DE AMIGDALA Y ADENOIDES

NODULOS DE CUERDAS VOCALES

30.09 OTRA EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE LARINGE

VARICES DE MIEMBROS INFERIORES

38.59 LIGADURA Y EXTIRPACION DE VARICES DE MIEMBROS INFERIORES
 39.92 INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA

ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALÍISIS

39.27 ARTERIOVENOSTOMIA PARA DIALISIS RENAL
 39.93 INSERCIÓN DE CANULA DE VASO A VASO

PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN MENORES DE 17 AÑOS

44.13 OTRA GASTROSCOPIA (SOLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
 44.14 BIOPSIA ENDOSCÓPICA ESTÓMAGO (SOLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
 45.13 DUODENOSCOPIA (SOLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
 45.14 BIOPSIA ENDOSCÓPICA INTESTINO DELGADO (SOLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
 45.16 OTRAS EGD CON BIOPSIA MÚLTIPLE ((SOLO EN MENORES DE 17 AÑOS)

FISURA Y FISTULA ANAL

49.04 OTRA EXCISION DE TEJIDO PERIANAL
 49.11 FISTULOTOMIA ANAL
 49.12 FISTULECTOMIA ANAL
 49.39 OTRA EXCISION LOCAL O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO ANAL
 49.51 ESFINTEROTOMIA ANAL LATERAL IZQUIERDA
 49.52 ESFINTEROTOMIA ANAL POSTERIOR
 49.59 OTRA ESFINTEROTOMIA ANAL
 49.73 CIERRE DE FISTULA ANAL

HEMORROIDES

49.43 CAUTERIZACION DE HEMORROIDES
 49.46 EXCISION DE HEMORROIDES
 49.47 EVACUACION DE HEMORROIDES TROMBOSADAS

COLECISTECTOMIA

51.23 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
 51.24 COLECISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA

EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS BILIARES

51.85 ESFINTEROTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICAS
 51.88 EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULO(S) DEL TRACTO BILIAR

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES Y SIN INJERTO NI PROTESIS

53.0X REPARACION UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL
 53.2X REPARACION UNILATERAL DE HERNIA CRURAL (FEMORAL)
 53.4X REPARACION DE HERNIA UMBILICAL
 53.5X REPARACION DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR (SIN INJERTO NI PROTESIS)

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES O CON INJERTO O PROTESIS

- 53.1X REPARACION BILATERAL DE HERNIA INGUINAL
- 53.3X REPARACION BILATERAL DE HERNIA CRURAL
- 53.6X REPARACION DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR CON INJERTO O PROTESIS

HERNIA DIAFRAGMATICA

- 53.7 REPARACION HERNIA DIAFRAGMATICA, ACCESO ABDOMINAL

CISTOSTOMIA PERCUTANEA

- 57.17 CISTOSTOMIA PERCUTANEA

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE VEJIGA

- 57.33 BIOPSIA (TRANSURETRAL) CERRADA DE VEJIGA
- 57.4 EXCISION O DESTRUCCION TRANSURETRAL DE TEJIDO DE VEJIGA

EXCISION ENDOSCOPICA O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO URETRA

- 58.31 EXCISION ENDOSCOPICA O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO URETRA

LIBERACION DE ESTENOSIS URETRAL

- 58.5 LIBERACION DE ESTENOSIS URETRAL

CATETERISMO URETERAL

- 59.8 CATETERISMO URETERAL

BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA

- 60.11 BIOPSIA CERRADA (POR AGUJA) (PERCUTANEA) DE PROSTATA

OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TUNICA VAGINAL, TESTICULOS Y CORDON ESPERMATICO

- 61.2 EXCISION DE HIDROCELE (DE TUNICA VAGINAL)
- 61.91 ASPIRACION PERCUTANEA DE TUNICA VAGINAL
- 62.5 ORQUIDOPEXIA
- 63.1 EXCISION DE VARICOCELE E HIDROCELE DE CORDON ESPERMATICO

ESTERILIZACIÓN MEDIANTE VASECTOMIA

- 63.7 VASECTOMIA Y LIGADURA DE CONDUCTO DEFERENTE

FIMOSIS EN EDAD PEDIATRICA

- 64.0 CIRCUNCISION

OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACION)

- 65.3X OOFORECTOMIA UNILATERAL
- 65.4X SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL
- 65.5X OOFORECTOMIA BILATERAL
- 65.6X SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL

OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)

- 65.0X OOFOROTOMIA
- 65.11 BIOPSIA POR ASPIRACION DE OVARIO
- 65.12 OTRA BIOPSIA DE OVARIO
- 65.13 BIOPSIA LAPAROSCOPICA DE OVARIO
- 65.2X EXCISION LOCAL O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE OVARIO
- 66.0X SALPINGOTOMIA Y SALPINGOSTOMIA
- 66.11 BIOPSIA DE TROMPA DE FALOPIO
- 66.2X DESTRUCCION U OCLUSION ENDOSCOPICA BILATERAL TROMPA DE FALOPIO
- 66.3X OTRA DESTRUCCION U OCLUSION BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO
- 66.7X REPARACION DE TROMPA DE FALOPIO

INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO

- 67.11 BIOPSIA ENDOCERVICAL
- 67.12 OTRA BIOPSIA CERVICAL
- 67.2 CONIZACION
- 67.3 OTRA EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE EL UTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE

- 68.15 BIOPSIA CERRADA DE LIGAMENTOS UTERINOS
- 68.16 BIOPSIA CERRADA DE UTERO

MIOMECTOMIA UTERINA

- 68.29 OTRA EXCISION O DESTRUCCION DE LESION DE UTERO

LEGRADO UTERINO

- 69.0X DILATAACION Y LEGRADO DEL UTERO
- 69.5X LEGRADO POR ASPIRACION DE UTERO

HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE

- 77.54 EXCISION DE HALLUX-VALGUS
- 77.56 REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO
- 77.57 REPARACION DE DEDO DE PIE EN GARRA
- 77.59 OTRA BUNIONECTOMIA

EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

- 78.6 EXTRACCION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN EL HUESO

ARTROSCOPIA

- 80.2 ARTROSCOPIA

EXCISION DE MENISCO DE RODILLA

- 80.6 EXCISION DE CARTILAGO SEMILUNAR DE RODILLA

GLANGLIONECTOMIA Y DUPUYTREN

- 82.21 EXCISION DE LESION DE VAINA DE TENDON DE MANO
- 82.31 BURSECTOMIA DE MANO
- 82.33 OTRA TENONECTOMIA DE MANO
- 82.35 OTRA FASCIECTOMIA DE MANO
- 82.39 OTRA EXCISION DE TEJIDO BLANDO DE MANO
- 82.91 LISIS DE ADHESIONES DE MANO
- 83.5 BURSECTOMIA

OTRAS INTERVENCIONES SOBRE TEJIDOS BLANDOS

- 83.31 EXCISION DE LESION DE VAINA DE TENDON
- 83.42 OTRA TENOTOMIA
- 83.91 LISIS DE ADHESIONES DE MUSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOV

TUMORES BENIGNOS DE MAMA

- 85.12 BIOPSIA ABIERTA DE MAMA
- 85.20 EXCISION O DESTRUCCION DE TEJIDO DE MAMA, N. E. O. M.
- 85.21 EXTIRPACION LOCAL DE LESION DE MAMA

QUISTE PILONIDAL

- 86.21 EXCISION DE QUISTE O SENO PILONIDAL

EXTIRPACION RADICAL DE LESION DE PIEL O EXTIRPACION NO RADICAL DE LESION DE PIEL CON REPARACION PLASTICA

86.3 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89] OTRA EXTIRPACION LOCAL O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO + INJERTO CUTANEO LIBRE (EXCEPTO PELO) O + INJERTO DE PEDICULOS O COLGAJOS (EXCEPTO REVISION 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] EXTIRPACION RADICAL DE LESION CUTANEA + INJERTO CUTANEO LIBRE (EXCEPTO PELO) O + INJERTO DE PEDICULOS O COLGAJOS (EXCEPTO REVISION DE INJERTO O COLGAJO) (ver códigos asociados)

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.

RELACION DE PUNTOS GDR DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

PROCESOS CMA	DRG EQUIVALENTE	PESO
LIBERACION DE TUNEL	6	0,6443
EXCISIONES TIROIDEAS PARCIALES	290	0,9306
EXTIRPACION DE LESION IMPORTANTE DEL PARPADO O DE CUALQUIER LESION CON RECONSTRUCCION DEL PARPADO	40	0,6561
OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	40	0,6561
TRABECULECTOMIA DESDE EL EXTERIOR	42	1,0176
CIRUGIA DEL ESTRABISMO	41	0,6267
CATARATAS	39	0,8158
OPERACIONES SOBRE OIDO MEDIO	55	0,6519
INTERVENCIONES DE PIRAMIDE NASAL	56	0,6876
EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE		0,5000
EXCISION DE LESION DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO	169	0,8255
REPARACION DE LABIO FISURADO	52	1,0831
HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMIGDALAS	60	0,5031
NODULOS DE CUERDAS VOCALES	55	0,6519
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	119	0,7767
ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALÍISIS		1,5400
PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS EN MENORES DE 17 AÑOS	777	0,4346
FISURA Y FISTULA ANAL	158	0,5241
HEMORROIDES	158	0,5935
COLECISTECTOMIA	494	0,8452
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS BILIARES	208	0,6590
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES Y SIN INJERTO NI PROTESIS	162	0,6691
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES O CON INJERTO O PROTESIS		0,7000
HERNIA DIAFRAGMATICA	155	2,0217
CISTOSTOMIA PERCUTANEA	329	0,6200
RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION DE VEJIGA	311	0,7532
EXCISION ENDOSCOPICA O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO URETRA	329	0,6200
LIBERACION DE ESTENOSIS URETRAL	313	0,6969
CATETERISMO URETERAL	324	0,4001

BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA	349	0,5662
OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TUNICA VAGINAL, TESTICULOS Y CORDON ESPERMATICO	340	0,6002
ESTERILIZACIÓN MEDIANTE VASECTOMIA	351	0,2522
FIMOSIS EN EDAD PEDIATRICA	343	0,3211
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACION)	359	1,0667
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)	361	0,7700
INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO	360	0,7599
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE EL UTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE	364	0,6057
MIOMECTOMIA UTERINA	359	1,0667
LEGRADO UTERINO	381	0,4741
HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE	225	1,1226
EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS		0,6000
ARTROSCOPIA	232	0,7902
EXCISON DE MENISCO DE RODILLA	222	1,0785
GLANGLIONECTOMIA Y DUPUYTREN	229	0,8259
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE TEJIDOS BLANDOS	227	0,9264
TUMORES BENIGNOS DE MAMA	262	0,7095
QUISTE PILONIDAL	267	0,5241
EXTIRPACION RADICAL DE LESION DE PIEL O EXTIRPACION NO RADICAL DE LESION DE PIEL CON REPARACION PLASTICA	268	0,8112



Anexo 14

Códigos y
pesos GDR de
la cirugía menor
ambulatoria

PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR 2003

CODIGO TITULO

EXTIRPACION DE LESION MENOR DEL PARPADO CON CIERRE DIRECTO (sin procedimientos de reconstrucción asociados 08.60 al 08.74)

- 08.20 ELIMINACION DE LESION DE PARPADO, N. E. O. M.
- 08.21 EXCISION DE CHALACION
- 08.22 EXCISION DE OTRA LESION MENOR DE PARPADO
- 08.25 DESTRUCCION DE LESION DE PARPADO

REPARACION DE ENTROPION Y ECTROPION

- 08.41 REPARACION DE ENTROPION O ECTROPION POR TERMOCAUTERIZACION
- 08.42 REPARACION DE ENTROPION O ECTROPION POR TECNICA DE SUTURA
- 08.43 REPARACION DE ENTROPION O ECTROPION CON RESECCION EN CUÑA
- 08.44 REPARACION DE ENTROPION O ECTROPION CON RECONSTRUCCION DEL PARPADO
- 08.49 OTRA REPARACION DE ENTROPION O ECTROPION

OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL

- 09.XX OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL. Exceptuando los códigos 09.23, 09.6, 09,71 al 09.73 y 09.81 al 09.83

EXCISION DE PTERIGION

- 11.31 TRANSPOSICION DE PTERIGION
- 11.32 EXCISION DE PTERIGION CON INJERTO CORNEAL
- 11.39 OTRA EXCISION DE PTERIGION

FRENECTOMIA LINGUAL

- 25.91 FRENECTOMIA LINGUAL
- 25.92 FRENOTOMIA LINGUAL

RELACION DE PUNTOS GDR DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA

PROCESOS	PESO
1 EXTIRPACION DE LESION MENOR DEL PARPADO CON CIERRE DIRECTO (sin procedimientos de reconstrucción asociados 08.60 al 08.74)	0,0962
2 REPARACION DE ENTROPION Y ECTROPION	0,2886
3 OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	0,1732
4 EXCISION DE PTERIGION	0,2500
5 FRENECTOMIA LINGUAL	0,0327





Anexo 15

Códigos y pesos del hospital de día médico

El hospital de Día constituye una alternativa a la hospitalización tradicional y es necesario en alguna de las etapas del seguimiento de pacientes que no requieren cuidados hospitalarios continuos, lo que lleva a evitar ingresos y a reducir estancias sin detrimento de la calidad asistencial y la capacidad diagnóstico - terapéutica.

A efectos de contabilizar la actividad del Hospital de Día se recogen una serie de ítems referidos exclusivamente a actividades terapéuticas, ya que las actividades diagnósticas se agruparán en su apartado correspondiente.

HEMATOLOGICO

TRATAMIENTO CITOSTATICO HEMATOLOGICO: Exclusivamente aquellos tratamientos que se realicen en el hospital de día para procesos hematológicos. Se contabilizará el número de sesiones.

TRANSFUSIONES: Transfusiones de sangre y componentes sanguíneos (concentrado de hematíes, plaquetas, factores de coagulación, expansor sanguíneo, plasma, etc.), exclusivamente en Hospital de Día. Se contabilizarán los actos de transfusión, independientemente de los componentes sanguíneos que se suministren en cada acto.

BIPOSIA DE MÉDULA ÓSEA: Número de estudios diagnósticos (iniciales o de seguimiento) realizados por punción-biopsia de médula ósea (CIE9MC 41.31).

ONCOLOGICO

QUIMIOTERAPIA: Se excluirán los procesos hematológicos. Se contabilizará el número de sesiones, independientemente de los productos suministrados en cada sesión y se agruparán las mismas en función de su duración (< 2 horas, de 2 a 5 horas y >5 horas).

RADIOTERAPIA

Se contabilizará el número de pacientes que han requerido esta terapia agrupados por la duración del tratamiento (< 2 semanas, >2 semanas).

MEDICINA INTERNA / DIGESTIVO

TERAPIAS ENDOSCOPICAS DIGESTIVAS:

Extirpación o eliminación endoscópica de lesión o tejido de esófago incluyendo exclusivamente los siguientes procesos:

- Ablación de neoplasia esofágica
- Inyección esclerosante de varices esofágicas
- Polipectomía esofágica
- Extirpación local o eliminación de lesión de duodeno (CIE9MC Procedimientos 45.30)
- Polipectomía endoscópica de intestino grueso (CIE9MC Procedimientos 45.42)
- Destrucción endoscópica de otra lesión de intestino grueso (CIE9MC Procedimientos 45.43):
 - Ablación endoscópica de tumor de intestino grueso.
 - Control endoscópico de hemorragia de colon.

Se contabilizará el número de actos realizados de los enumerados anteriormente. Si se realizaran actos diferentes de modo simultaneo, se contabilizarán como uno solo.

PARACENTESIS: Número de punciones realizadas.

TERAPIA IV ACTIVA Y/O PALIATIVA DEL VIH: Número de sesiones realizadas independientemente de los productos suministrados en cada sesión.

BIOPSIA CERRADA DE HÍGADO: Número de biopsias percutáneas de hígado, ecodirigidas o no. (CIE9MC 51.11).

CLINICA DEL DOLOR

BOMBAS SUBCUTANEAS DE ANALGESIA: Número de pacientes a los que se ha colocado una bomba subcutánea de analgesia.

NEUROLISIS QUÍMICA DE GANGLIO SIMPÁTICO: Inyección de agente neurolítico en ganglio linfático para tratamiento del dolor crónico en alteraciones del sistema vascular periférico (CIE9MC 05.32).

OTROS

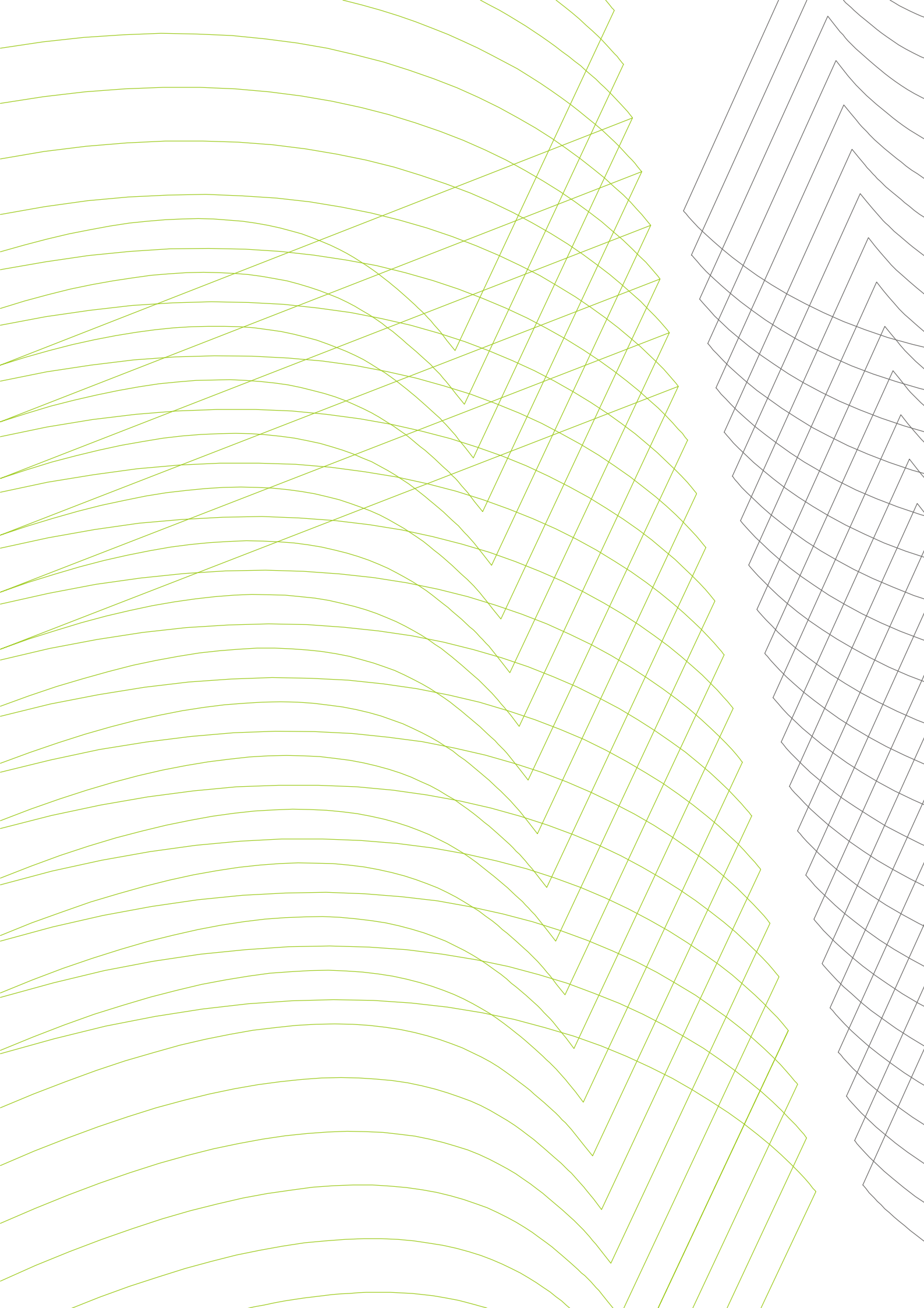
LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE: Se contabilizará el número de pacientes, independientemente del número de sesiones o disparos efectuados.

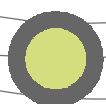
ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO: Electrofisiología cardíaca diagnóstica (estimulación y estudios de registro) de alteraciones el ritmo y la conducción (CIE9MC 37.26).

POLISOMNOGRAMA: Número de registros de sueño para el diagnóstico del síndrome de apnea del sueño (CIE9MC 89.17).

RELACION DE PUNTOS GDR DEL HOSPITAL DE DIA MEDICO

		PESO
HEMATOLOGICO		
1	TRATAMIENTO CITOSTATICO HEMATOLOGICO	0,1500
2	TRANSFUSIONES	0,0300
3	BIOPSIA DE MEDULA OSEA	0,5956
ONCOLOGICO		
4	QUIMIOTERAPIA DE CORTA DURACION (< 2 HORAS)	0,1350
5	QUIMIOTERAPIA DE MEDIA DURACION (2 A 5 HORAS)	0,1550
6	QUIMIOTERAPIA DE LARGA DURACION (> 5 HORAS)	0,1750
RADIOTERAPIA		
7	TRATAMIENTOS CORTOS (= < 2 SEMANAS)	1,0400
8	TRATAMIENTOS LARGOS (> 2 SEMANAS)	1,5000
MEDICINA INTERNA/DIGESTIVO		
9	TERAPIAS ENDOSCOPICAS DIGESTIVAS	0,1200
10	PARACENTESIS	0,0500
11	TERAPIA IV ACTIVA Y/O PALIATIVA DE VIH	0,0150
12	BIOPSIA CERRADA DE HÍGADO	0,9238
CLINICA DEL DOLOR		
13	BOMBAS SUBCUTANEAS DE ANALGESIAO,	7500
14	NEUROLISIS QUIMICA DEL GANGLIO SIMPATICO	0,9024
OTROS		
15	LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE	0,1100
16	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO	0,7973
17	POLISOMNOGRAMA	0,6296





Anexo 16

Códigos de pruebas
diagnósticos prioritarias

PRUEBA DIAGNÓSTICA	CIE-9
CARDIOVASCULAR: ECOCARDIOGRAFIA	
ECOCARDIOGRAFIA	88.72
CARDIOVASCULAR: PRUEBAS DE ESFUERZO	
PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON CINTA RODANTE	89.41
PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR EN DOS FASES DE MASTERS	89.42
PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON BICICLETA ERGOMETRICA	89.43
OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	89.44
CARDIOVASCULAR: MONITORIZACION CARDIACA AMBULATORIA	
MONITORIZACION CARDIACA AMBULATORIA	89.5
CARDIOVASCULAR: CATETERISMO CARDIACO	
CATETERISMO CORAZON LADO DERECHO	37.21
CATETERISMO CORAZON LADO IZQUIERDO	37.22
CATETERISMO CORAZON COMBINADO LADO DERECHO E IZQUIERDO	37.23
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VIA ORAL	
ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	42.22
OTRA ESOFAGOSCOPIA	42.23
BIOPSIA ESOFAGO CERRADA (ENDOSCOPICA)	42.24
GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	44.12
OTRA GASTROSCOPIA	44.13
BIOPSIA CERRADA DE ESTOMAGO (ENDOSCOPICA)	44.14
ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	45.12
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13
BIOPSIA CERRADA INTESTINO DELGADO (ENDOSCOPICA)	45.14
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA CERRADA	45.16
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	51.1
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	51.11
BIOPSIA CERRADA VIAS BILIARES (ENDOSCOPICA)	51.14
PANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA	52.13
BIOPSIA CERRADA CONDUCTO PANCREATICO (ENDOSCOPICA)	52.14
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VIA RECTAL	
ENDOSCOPIA INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	45.22
COLONOSCOPIA	45.23
SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE	45.24
BIOPSIA CERRADA INTESTINO GRUESO (ENDOSCOPICA)	45.25
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	48.22
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA	48.23
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON BIOPSIA	48.24
ANOSCOPIA	49.21
ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS	
LARINGOSCOPIA Y TRAQUEOSCOPIA OTRA	31.42
BIOPSIA CERRADA DE LARINGE (ENDOSCOPICA)	31.43
BIOPSIA CERRADA DE TRAQUEA (ENDOSCOPICA)	31.44
BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	33.21
BRONCOSCOPIA FRIBROOPTICA	33.22
OTRA BRONCOSCOPIA	33.23
BIOPSIA CERRADA DE BRONQUIO (ENDOSCOPICA)	33.24
BIOPSIA CERRADA DE PULMON (ENDOSCOPICA)	33.27
ENDOSCOPIAS UROLOGICAS	
URETEROSCOPIA	56.31
BIOPSIA CERRADA DE URETER (ENDOSCOPICA)	56.33
ENDOSCOPIA DE CONDUCTO ILEAL	56.35
CISTOSCOPIA	57.32
BIOPSIA CERRADA DE VEJIGA (TRANSURETRAL)	57.33
URETROSCOPIA	58.22

EXAMEN MICROSCOPICO GENITAL FEMENINO	
EXAMEN MICROSCOPICO GENITAL FEMENINO	91.4X
GAMMAGRAFIAS	
GAMMAGRAFIA Y ESTUDIO FUNCIONAL DE TIROIDES	92.01
GAMMAGRAFIA Y ESTUDIO FUNCIONAL DE HIGADO	92.02
GAMMAGRAFIA Y ESTUDIO FUNCIONAL DE RIÑON	92.03
GAMMAGRAFIA TRACTO GASTROINTESTINAL	92.04
GAMMAGRAFIA CARDIOVASCULAR	92.05
GAMMAGRAFIA GLANDULAS SUPRARRENALES	92.09
GAMMAGRAFIA CEREBRO	92.11
GAMMAGRAFIA GLANDULA PARATIROIDES	92.13
GAMMAGRAFIA OSEA	92.14
GAMMAGRAFIA PULMON	92.15
POLISOMNOGRAFIAS	
POLISOMNOGRAFIA	89.17
OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DE TRANSTORNOS DEL SUEÑO	89.18
PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS	
ESPIROMETRIA	89.37
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: COLANGIOGRAFIAS	
COLANGIOGRAFIA HEPATICA PERCUTANEA	87.51
COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA	87.52
OTRA COLANGIOGRAFIA	87.54
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: DIGESTIVO	
TRANSITO ESOFAGOGASTRODUODENAL	87.62
ENEMA OPACO	87.64
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: MAMOGRAFIAS	
GALACTOGRAFIA	87.35
XEROGRAFIA DE MAMA	87.36
OTRA MAMOGRAFIA	87.37
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: TAC	
TAC CABEZA	87.03
TAC TORAX	87.41
TAC RIÑON	87.71
TAC ABDOMEN	88.01
OTRA TAC	88.38
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: ULTRASONOGRAFIAS	
ECOGRAFIA DE OTRAS AREAS DEL TORAX	88.73
ECOGRAFIA APARATO DIGESTIVO	88.74
ECOGRAFIA APARATO URINARIO	88.75
ECOGRAFIA ABDOMEN Y PERITONEO	88.76
ULTRASONORAFIA SISTEMA VASCULAR PERIFERICO	88.77
ECOGRAFIA UTERO GRAVIDO	88.78
OTRA ECOGRAFIA (INCLUYE UTERO NO GRAVIDO)	88.79
DIAGNOSTICO POR IMAGEN: UROGRAFIAS	
PIELOGRAFIA INTRAVENOSA	87.73
PIELOGRAFIA RETROGRADA	87.74
PIELOGRAFIA PERCUTANEA	87.75
CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA	87.76
OTRA CISTOURETROGRAFIA	87.77



Anexo 17

Estancia media de los GDRs del estándar

Este estándar está configurado con todas las altas del CMBD de los Hospitales del SAS y de los Hospitales Costa del Sol, Poniente y Alto Guadalquivir. 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) o por defunción (tipalt=5) que si han sido incluidas.

GDR	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
1	1	2	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	18,25
2	1	2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	15,63
4	1	2	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	24,05
5	1	2	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	12,08
6	1	2	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	2,17
7	1	2	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO CON CC	19,05
8	1	2	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO SIN CC	5,65
9	1	1	TRASTORNOS & LESIONES ESPINALES	18,79
10	1	1	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	12,97
11	1	1	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	10,59
12	1	1	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	11,55
13	1	1	ESCLEROSIS MULTIPLE & ATAXIA CEREBELOSA	7,55
14	1	1	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT & HEMORRAGIA INTRACRANEAL	12,27
15	1	1	ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO & OCLUSIONES PRECEREBRALES	9,15
16	1	1	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	10,02
17	1	1	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	9,17
18	1	1	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS CON CC	14,18
19	1	1	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	10,50
20	1	1	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	12,13
21	1	1	MENINGITIS VIRICA	7,17
22	1	1	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	8,30
23	1	1	ESTUPOR & COMA NO TRAUMATICOS	8,22
24	1	1	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 CON CC	9,01
25	1	1	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC	7,33
34	1	1	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	6,48
35	1	1	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	3,35
36	2	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	6,24
37	2	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	8,41
38	2	2	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	4,12
39	2	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	2,29
40	2	2	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	3,64
41	2	2	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	1,89
42	2	2	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	4,95
43	2	1	HIPEMA	4,34
44	2	1	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	8,84
45	2	1	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	8,45
46	2	1	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	6,42
47	2	1	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	4,17
48	2	1	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	3,61
49	3	2	PROCED. MAYORES DE CABEZA & CUELLO EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	7,67
50	3	2	SIALOADENECTOMIA	6,01
51	3	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	4,02
52	3	2	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL & PALADAR	4,93
53	3	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD>17	5,25

54	3	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD<18	6,30
55	3	2	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	3,38
56	3	2	RINOPLASTIA	3,17
57	3	2	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	4,06
58	3	2	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	4,41
59	3	2	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	2,44
60	3	2	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	1,73
61	3	2	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	3,36
62	3	2	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	1,82
63	3	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	7,07
64	3	1	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	9,43
65	3	1	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	6,39
66	3	1	EPISTAXIS	5,48
67	3	1	EPIGLOTITIS	5,90
68	3	1	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 CON CC	6,50
69	3	1	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	4,07
70	3	1	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD<18	3,57
71	3	1	LARINGOTRAQUEITIS	3,80
72	3	1	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	2,79
73	3	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	4,78
74	3	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD<18	3,11
75	4	2	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	14,53
76	4	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	15,68
77	4	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	9,22
78	4	1	EMBOLISMO PULMONAR	13,27
79	4	1	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	16,59
80	4	1	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	12,32
82	4	1	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	11,80
83	4	1	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	7,48
84	4	1	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	5,96
85	4	1	DERRAME PLEURAL CON CC	11,98
86	4	1	DERRAME PLEURAL SIN CC	10,89
87	4	1	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	9,66
88	4	1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	10,40
89	4	1	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	11,33
90	4	1	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	9,26
92	4	1	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	13,86
93	4	1	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	10,22
94	4	1	NEUMOTORAX CON CC	8,86
95	4	1	NEUMOTORAX SIN CC	5,64
96	4	1	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	9,61
97	4	1	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	7,62
99	4	1	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	7,61
100	4	1	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	5,53
101	4	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	10,31
102	4	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	7,44
103	0	2	TRASPLANTE CARDIACO	32,58
104	5	2	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES CON CAT. CARDIACO	29,19
105	5	2	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES SIN CAT. CARDIACO	19,90
106	5	2	BYPASS CORONARIO CON ACTP	28,50
107	5	2	BYPASS CORONARIO SIN ACTP Y CON CATETERISMO CARDIACO	27,21
108	5	2	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	16,08
109	0	2	BYPASS CORONARIO SIN ACTP SIN CATETERISMO CARDIACO	20,03

110	5	2	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	20,32
111	5	2	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	15,06
112	5	2	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	7,58
113	5	2	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	20,94
114	5	2	AMPUTACION DE M.SUPERIOR & DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	17,01
115	5	2	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR	16,43
116	5	2	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. SIN IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR	9,88
117	5	2	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	6,88
118	5	2	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCION DE GENERADOR	5,83
119	5	2	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	2,57
120	5	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	16,21
121	5	1	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	11,79
122	5	1	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	9,61
123	5	1	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	6,32
124	5	1	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	9,80
125	5	1	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	5,84
126	5	1	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	23,93
127	5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	9,59
128	5	1	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	9,47
129	5	1	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	5,74
130	5	1	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	10,82
131	5	1	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	7,73
132	5	1	ATEROSCLEROSIS CON CC	9,11
133	5	1	ATEROSCLEROSIS SIN CC	6,97
134	5	1	HIPERTENSION	7,45
135	5	1	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC	9,36
136	5	1	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	7,84
137	5	1	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD<18	3,69
138	5	1	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	7,95
139	5	1	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	5,73
140	5	1	ANGINA DE PECHO	7,53
141	5	1	SINCOPE & COLAPSO CON CC	8,24
142	5	1	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	5,96
143	5	1	DOLOR TORACICO	5,96
144	5	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	10,77
145	5	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	7,95
146	6	2	RESECCION RECTAL CON CC	20,40
147	6	2	RESECCION RECTAL SIN CC	15,09
148	6	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	20,73
149	6	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	14,01
150	6	2	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	15,52
151	6	2	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	9,62
152	6	2	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	16,10
153	6	2	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	10,22
154	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	21,24
155	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	9,92
156	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD<18	5,76
157	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA CON CC	6,54
158	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	3,43
159	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	9,09
160	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	4,95
161	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	5,34
162	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	3,32

163	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	2,23
164	6	2	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	12,25
165	6	2	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	6,56
166	6	2	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	7,74
167	6	2	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	3,77
168	3	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC	8,71
169	3	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	5,31
170	6	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	17,27
171	6	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	8,92
172	6	1	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	11,92
173	6	1	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	10,76
174	6	1	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	8,13
175	6	1	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	5,76
176	6	1	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	8,18
177	6	1	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	9,63
178	6	1	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	6,56
179	6	1	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	10,98
180	6	1	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	9,17
181	6	1	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	6,62
182	6	1	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	9,25
183	6	1	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	7,29
185	3	1	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17	5,77
186	3	1	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD<18	4,72
187	3	1	EXTRACCIONES & REPOSICIONES DENTALES	3,52
188	6	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	8,52
189	6	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	4,87
191	7	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	23,71
192	7	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	18,47
193	7	2	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	21,92
194	7	2	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	17,56
195	7	2	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	22,75
196	7	2	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	16,15
197	7	2	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	15,35
198	7	2	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	9,15
199	7	2	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	17,64
200	7	2	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	13,33
201	7	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	17,58
202	7	1	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	8,68
203	7	1	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	11,20
204	7	1	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	9,75
205	7	1	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	9,49
206	7	1	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	4,79
207	7	1	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	10,09
208	7	1	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	7,39
209	8	2	REIMPLANTACION MAYOR ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.INFERIOR, EXCEPTO CADERA SIN CC	11,10
210	8	2	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 CON CC	19,74
211	8	2	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	13,02
212	8	2	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	9,59
213	8	2	AMPUTACION POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS & TEJIDO CONECTIVO	20,31
216	8	2	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	12,18
217	8	2	DESBRID.HER.& INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.& T.CONEC.EXC.MANO	17,92
218	8	2	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 CON CC	13,56
219	8	2	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	7,59
220	8	2	PROCEDIMIENTOS EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD<18	5,66

221	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC	7,81
222	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	4,27
223	8	2	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS PROCEDIMIENTOS EXTR.SUPERIOR CON CC	4,77
224	8	2	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTICULACION SIN CC	3,39
225	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	4,19
226	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	14,37
227	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	4,76
228	8	2	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACION, U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	4,59
229	8	2	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	3,02
230	8	2	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA DE CADERA & FEMUR	6,49
231	8	2	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA EXC. CADERA & FEMUR	5,30
232	8	2	ARTROSCOPIA	2,92
233	8	2	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO CON CC	16,76
234	8	2	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO SIN CC	8,10
235	8	1	FRACTURAS DE FEMUR	12,84
236	8	1	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	10,75
237	8	1	ESGUINCE, DESGARRO & LUXACION DE CADERA, PELVIS & MUSLO	11,16
238	8	1	OSTEOMIELITIS	12,56
239	8	1	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO	13,11
240	8	1	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	9,22
241	8	1	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	6,72
242	8	1	ARTRITIS SEPTICA	15,89
243	8	1	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	7,84
244	8	1	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	10,28
245	8	1	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	5,75
246	8	1	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	8,47
247	8	1	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO	6,51
248	8	1	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSTITIS	7,27
249	8	1	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	10,83
250	8	1	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	6,95
251	8	1	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	3,09
252	8	1	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18	1,99
253	8	1	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 CON CC	8,63
254	8	1	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC	4,52
255	8	1	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18	3,26
256	8	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	4,95
257	9	2	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	8,49
258	9	2	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	7,37
259	9	2	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7,75
260	9	2	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	5,52
261	9	2	PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISION LOCAL	4,13
262	9	2	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	2,62
263	9	2	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	26,22
264	9	2	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	15,93
265	9	2	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	11,39
266	9	2	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	6,89
267	9	2	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	2,76
268	9	2	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA	5,75
269	9	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CON CC	9,52
270	9	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA SIN CC	4,12

271	9	1	ULCERAS CUTANEAS	20,04
272	9	1	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	12,24
273	9	1	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	10,01
274	9	1	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	11,51
275	9	1	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	4,28
276	9	1	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	2,91
277	9	1	CELULITIS EDAD>17 CON CC	12,63
278	9	1	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	6,22
279	9	1	CELULITIS EDAD<18	5,70
280	9	1	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	7,75
281	9	1	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	4,86
282	9	1	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	3,03
283	9	1	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	9,33
284	9	1	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	5,16
285	10	2	AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALES & METABOLICOS	25,63
286	10	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES & HIPOFISIS	14,74
287	10	2	INJERTO DE PIEL & DESBRIDAMIENTO HERIDA POR TRAST. ENDOCR., NUTR. & METAB.	28,17
288	10	2	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	11,88
289	10	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	5,84
290	10	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	4,75
291	10	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	3,74
292	10	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. CON CC	13,36
293	10	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC	9,07
294	10	1	DIABETES EDAD>35	9,81
295	10	1	DIABETES EDAD<36	6,84
296	10	1	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	12,04
297	10	1	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	8,93
298	10	1	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	3,88
299	10	1	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	6,01
300	10	1	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	11,70
301	10	1	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	5,49
302	0	2	TRASPLANTE RENAL	18,43
303	11	2	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR NEOPLASIA	14,53
304	11	2	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO CON CC	13,27
305	11	2	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO SIN CC	8,67
306	11	2	PROSTATECTOMIA CON CC	7,53
307	11	2	PROSTATECTOMIA SIN CC	6,06
308	11	2	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	13,84
309	11	2	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	6,95
310	11	2	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	7,73
311	11	2	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	5,55
312	11	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	6,56
313	11	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	4,94
314	11	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	8,61
315	11	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE RIÑON & TRACTO URINARIO	7,88
316	11	1	INSUFICIENCIA RENAL	9,52
317	11	1	ADMISION PARA DIALISIS RENAL	2,70
318	11	1	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	10,36
319	11	1	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO SIN CC	6,16
320	11	1	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	9,80
321	11	1	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	6,83
322	11	1	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	6,53
323	11	1	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE	6,63
324	11	1	CALCULOS URINARIOS SIN CC	4,71

325	11	1	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	7,41
326	11	1	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	5,27
327	11	1	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	5,14
328	11	1	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 CON CC	8,83
329	11	1	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	5,60
330	11	1	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	2,25
331	11	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	10,68
332	11	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	6,43
333	11	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	6,26
334	12	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	11,01
335	12	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	9,43
336	12	2	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	7,42
337	12	2	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	5,43
338	12	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	5,22
339	12	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	3,09
340	12	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	2,33
341	12	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	5,01
342	12	2	CIRCUNCISION EDAD>17	3,19
343	12	2	CIRCUNCISION EDAD<18	1,81
344	12	2	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	12,00
345	12	2	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. EXC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	8,44
346	12	1	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	12,25
347	12	1	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, SIN CC	7,78
348	12	1	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	6,41
349	12	1	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	4,39
350	12	1	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	5,29
351	12	1	ESTERILIZACION, VARON	4,57
352	12	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	3,74
353	13	2	EVISCKERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA RADICAL	13,68
354	13	2	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS CON CC	13,20
355	13	2	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS SIN CC	9,60
356	13	2	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	6,89
357	13	2	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	13,83
358	13	2	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO CON CC	9,10
359	13	2	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	6,23
360	13	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	2,96
361	13	2	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMIA	3,20
362	13	2	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	2,17
363	13	2	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA	3,71
364	13	2	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	2,88
365	13	2	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	10,26
366	13	1	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, CON CC	11,74
367	13	1	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, SIN CC	5,60
368	13	1	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	5,26
369	13	1	TRASTORNOS MENSTRUALES & OTROS PROBLEMAS DE APARATO GENITAL FEMENINO	3,28
370	14	2	CESAREA, CON COMPLICACIONES	8,64
371	14	2	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	7,33
372	14	1	PARTO CON COMPLICACIONES	3,53
373	14	1	PARTO SIN COMPLICACIONES	2,82
374	14	2	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATACION & LEGRADO	4,78
375	14	2	PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXCEPTO D & L Y/O ESTERILIZACION	3,23
376	14	1	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3,95
377	14	2	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3,72
378	14	1	EMBARAZO ECTOPICO	5,65
379	14	1	AMENAZA DE ABORTO	4,09

380	14	1	ABORTO SIN DILATACION & LEGRADO	3,78
381	14	2	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	2,19
382	14	1	FALSO TRABAJO DE PARTO	2,11
383	14	1	OTROS DIAGNOSTICOS ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	3,53
384	14	1	OTROS DIAGNOSTICOS ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	3,22
392	16	2	ESPLENECTOMIA EDAD>17	11,54
393	16	2	ESPLENECTOMIA EDAD<18	7,30
394	16	2	OTROS PROC. QUIRURGICOS HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	6,58
395	16	1	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	8,38
397	16	1	TRASTORNOS DE COAGULACION	6,61
398	16	1	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	8,52
399	16	1	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	7,53
400	17	2	LINFOMA & LEUCEMIA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR	14,19
401	17	2	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS CON CC	22,98
402	17	2	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS SIN CC	11,63
403	17	1	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	12,80
404	17	1	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	8,39
406	17	2	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR CON CC	15,58
407	17	2	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR SIN CC	13,34
408	17	2	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROC. QUIRURGICO	10,58
409	17	1	RADIOTERAPIA	7,11
410	17	1	QUIMIOTERAPIA	5,06
413	17	1	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. CON CC	11,13
414	17	1	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. SIN CC	9,11
415	18	2	PROC. QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	14,23
416	18	1	SEPTICEMIA EDAD>17	11,79
417	18	1	SEPTICEMIA EDAD<18	8,42
418	18	1	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	9,64
419	18	1	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	9,15
420	18	1	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	8,35
421	18	1	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	7,01
422	18	1	ENFERMEDAD VIRICA & FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	4,03
423	18	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA	9,69
424	19	2	PROC. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	31,48
425	19	1	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	10,14
426	19	1	NEUROSIS DEPRESIVAS	9,63
427	19	1	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	9,63
428	19	1	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD & CONTROL DE IMPULSOS	10,44
429	19	1	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	15,36
430	19	1	PSICOSIS	17,73
431	19	1	TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	9,92
432	19	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	6,99
439	21	2	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	15,60
440	21	2	DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HERIDA ABIERTA	13,65
441	21	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESION TRAUMATICA	4,50
442	21	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA CON CC	14,94
443	21	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA SIN CC	7,81
444	21	1	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 CON CC	23,44
445	21	1	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC	5,00
446	21	1	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18	2,87
447	21	1	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	5,88
448	21	1	REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	2,31
449	21	1	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	8,64

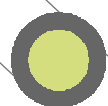
450	21	1	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	6,35
451	21	1	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	2,13
452	21	1	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	8,74
453	21	1	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	6,11
454	21	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC	6,42
455	21	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC	3,40
461	23	2	PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	5,98
462	23	1	REHABILITACION	11,21
463	23	1	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	8,35
464	23	1	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	4,89
465	23	1	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	2,50
466	23	1	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	4,48
467	23	1	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	6,38
468	0	2	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal	15,15
471	8	2	PROC.MAYORES SOBRE ARTICULACION M.INFERIOR, BILATERAL O MULTIPLE	34,09
475	4	1	DIAGNOSTICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACION ASISTIDA	14,70
476	0	2	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROSTATICO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	16,00
477	0	2	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	10,92
478	5	2	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	13,66
479	5	2	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	8,01
480	0	2	TRASPLANTE HEPATICO	27,16
482	0	2	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	27,03
483	0	2	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO POR TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	57,18
491	8	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES REIMPLANTACION ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.SUPERIOR	12,50
493	7	2	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	9,29
494	7	2	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	4,50
530	1	2	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	31,44
531	1	2	PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	40,42
532	1	1	AIT, OCLUSIONES CEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	14,79
533	1	1	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	19,23
534	2	2	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	6,53
535	2	1	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	8,94
536	3	2	PROCEDIMIENTOS ORL & BUCALES EXCEPTO PROC.MAYORES CABEZA & CUELLO	10,62
538	4	2	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	20,45
539	4	2	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	21,34
540	4	1	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS CON CC MAYOR	18,16
541	4	1	TRAST.RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR	12,22
542	4	1	BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	8,91
543	5	1	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	13,27
544	5	1	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	11,43
545	5	2	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	29,44
546	5	2	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	34,35
547	5	2	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	28,32
548	5	2	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	18,60
549	5	2	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	26,71
550	5	2	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	20,52
551	6	1	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	11,87
552	6	1	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	14,75
553	6	2	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	19,69
554	6	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	14,41
555	7	2	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPATICO CON CC MAYOR	34,79

556	7	2	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	20,94
557	7	1	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	14,62
558	8	2	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC MAYOR	29,20
559	8	2	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	21,73
560	8	1	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	16,63
561	8	1	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	24,00
562	9	1	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	20,84
563	9	1	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	14,35
564	9	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	22,49
565	10	2	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. & METAB. EXC.AMPUTACION M.INF. CON CC MAYOR	18,57
566	10	1	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O CF CON CC MAYOR	16,61
567	11	2	PROCEDIMIENTOS RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYOR	21,62
568	11	1	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	14,73
569	11	1	TRAST. DE RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	13,32
570	12	1	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	12,87
571	12	2	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	15,77
572	13	1	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	18,32
573	13	2	PROCEDIMIENTOS NO RADICALES APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	14,94
574	16	1	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	14,95
575	16	2	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	24,43
576	17	1	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	31,41
577	17	1	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC MAYOR	17,28
578	17	1	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	20,32
579	17	2	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAYOR	31,93
580	18	1	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	17,09
581	18	2	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	25,11
582	21	1	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	12,67
583	21	2	PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	23,01
584	18	1	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	13,61
585	6	2	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYOR	26,77
586	3	1	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	12,96
587	3	1	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	6,65
602	15	1	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	100,33
603	15	1	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS	19,15
604	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	75,76
605	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS	12,88
606	15	2	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	68,95
607	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	47,47
608	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	24,03
609	15	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	53,27
610	15	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	26,95
611	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	36,20
612	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	28,35
613	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	23,77
614	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	19,90
615	15	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	42,89

616	15	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF, SIN MULT.PROB.MAYORES	21,60
617	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON MULT.PROB.MAYORES	22,64
618	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON PROBLEMAS MAYORES	14,20
619	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON PROBLEMAS MENORES	11,98
620	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, DIAG. NEONATO NORMAL	8,34
621	15	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON OTROS PROBLEMAS	10,60
622	15	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF, CON MULT.PROB.MAYORES	42,27
623	15	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF, SIN MULT.PROB.MAYORES	21,66
624	15	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCEDIMIENTO ABDOMINAL MENOR	7,66
626	15	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON MULT.PROB.MAYORES	15,82
627	15	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON PROBLEMAS MAYORES	8,69
628	15	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON PROBLEMAS MENORES	6,65
629	15	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, DIAG NEONATO NORMAL	3,60
630	15	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF, CON OTROS PROBLEMAS	5,98
631	4	1	BPD Y OTRAS ENFERRESPIRATORIAS CRONICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	8,50
633	23	1	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, CON CC	11,56
634	23	1	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, SIN CC	3,79
636	23	1	CUIDADOS POSTERIORES LACTANTE PARA INCREMENTO DE PESO, EDAD>28 DIAS, <1 AÑO	5,50
637	15	1	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	1,00
638	15	1	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NO NACIDO EN EL CENTRO	1,00
639	15	1	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	1,36
640	15	1	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1,27
650	14	2	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	10,00
651	14	2	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	9,30
652	14	2	PARTO VAGINAL DE ALTO RIESGO CON ESTERILIZACION Y/O D+L	6,04
700	24	2	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV	56,75
701	24	2	HIV CON PROCED. QUIRURGICO Y VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	22,33
702	24	2	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON INFEC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS	50,20
703	24	2	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	30,14
704	24	2	HIV CON PROCED. QUIRURGICO SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	15,70
705	24	1	HIV CON INFEC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TUBERCULOSIS	32,25
706	24	1	HIV CON INFEC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TUBERCULOSIS	24,98
707	24	1	HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	26,77
709	24	1	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TB	18,25
710	24	1	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TB	16,35
711	24	1	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TB	14,19
712	24	1	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TB	13,38
714	24	1	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	12,33
715	24	1	HIV CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	8,52
716	24	1	HIV SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	6,63
730	25	2	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	25,59
731	25	2	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	30,90
732	25	2	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	18,91
733	25	1	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR	14,39
734	25	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	16,61
737	1	2	REVISION DE DERIVACION VENTRICULAR EDAD<18	12,32
738	1	2	CRANEOTOMIA EDAD<18 CON CC	21,06
739	1	2	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	18,25
740	4	1	FIBROSIS QUISTICA	11,89
744	20	1	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	12,11
745	20	1	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	10,76

747	20	1	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	12,16
748	20	1	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	9,19
750	20	1	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	10,26
751	20	1	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	8,98
753	10	1	REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	23,56
755	8	2	FUSION VERTEBRAL CON CC	28,82
756	8	2	FUSION VERTEBRAL SIN CC	14,28
757	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL CON CC	20,67
758	8	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL SIN CC	10,60
759	3	2	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL	3,62
760	16	1	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX	6,84
761	1	1	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	10,09
762	1	1	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	2,05
763	1	1	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	5,83
764	1	1	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC	8,98
765	1	1	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	4,45
766	1	1	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	11,76
767	1	1	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	8,44
768	1	1	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 CON CC	6,21
769	1	1	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	4,69
770	4	1	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD<18 CON CC	14,40
771	4	1	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD<18 SIN CC	4,97
772	4	1	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	8,41
773	4	1	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	5,48
774	4	1	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	6,83
775	4	1	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	4,90
776	6	1	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 CON CC	6,76
777	6	1	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 SIN CC	4,14
778	6	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC	5,27
779	6	1	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	3,57
780	17	1	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 CON CC	22,91
781	17	1	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 SIN CC	12,41
782	17	1	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 CON CC	20,84
783	17	1	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC	12,53
784	16	1	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA O CRISIS ENF.CEL.FALCIFORMES EDAD<18	8,71
785	16	1	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	6,16
786	3	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA & CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	27,32
787	7	2	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	16,41
789	8	2	REIMPLANTACION MAYOR DE ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.INFERIOR, EXCEPTO CADERA CON CC	22,21
790	8	2	DESBR.HERIDA & INJ.PIEL POR HER.ABIERTA, TRAST.MUSC.ESEQ. & T.CONECT EXC MANO	9,57
791	21	2	DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	11,99
792	25	2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	39,32
793	25	2	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	37,08
794	25	1	DIAGNOSTICO DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	21,07
795	0	2	TRASPLANTE DE PULMON	42,06
796	5	2	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	25,08
797	5	2	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	18,46
798	4	2	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	15,71
800	4	1	TUBERCULOSIS CON CC	19,77
801	4	1	TUBERCULOSIS SIN CC	13,08
802	4	1	NEUMOCISTOSIS	18,89
803	0	2	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	35,13
804	0	2	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO	26,23

805	0	2	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑON Y PANCREAS	36,44
806	8	2	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA CON CC	37,67
807	8	2	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA SIN CC	29,50
808	5	2	PROCED. CARDIOVASC. PERCUTANEOS CON IMA, FALLO CARDIACO O SHOCK	11,07
809	5	2	OTROS PROCED. CARDIOTORACICOS CON DIAG PRINCIPAL DE ANOMALIA	15,29
810	1	1	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	13,25
811	5	2	IMPLANTE DESFIBRILADOR CARDIACO Y SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	18,99
812	5	1	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	8,54
813	6	1	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC	8,12
814	6	1	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	5,38
815	6	1	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	4,75
816	6	1	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	3,45
817	8	2	SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	19,45
818	8	2	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	13,36
819	11	2	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO RENAL	4,77
820	11	1	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRASPLANTE GENITOURINARIO	5,55
821	22	2	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3º GRADO CON INJERTO DE PIEL	61,91
822	22	1	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3º GRADO SIN INJERTO DE PIEL	8,32
823	22	2	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	43,07
824	22	2	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	21,54
825	22	1	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	13,50
826	22	1	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	7,03
827	22	1	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	17,91
828	22	1	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	9,98



Anexo 18

Acuerdo de
colaboración
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 la Atención Primaria y la Especializada, incorporando la gestión por procesos como un elemento facilitador y de acercamiento desde la perspectiva clínica. Junto a ello parece tan obvio como complejo el empeño en conseguir que nuestras instituciones caminen y se relacionen de forma coordinada y cooperativa.

Con este fin se plantea una nueva visión del ACUERDO DE COOPERACIÓN que anualmente suscriben Hospitales y Distritos del Servicio Andaluz de Salud. La experiencia ha mostrado la bondad y utilidad de este acuerdo en el caso de la definición, ordenación y gestión de las interconsultas desde Atención Primaria al Hospital. Por eso este año 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
- Consultas
- Hospitalización y cuidados domiciliarios
- Urgencias
- Cirugía
- Anticoagulación
- Quimioterapia
- Fisioterapia
- Oxigenoterapia
- Atención bucodental al paciente discapacitado psíquico
- Acceso a pruebas diagnósticas
- Docencia e investigación
- Gestión de Recursos

Gestión por procesos

La Gestión por procesos constituye una línea básica de trabajo de las instituciones a fin de garantizar no sólo la continuidad asistencial sino, sobre todo, elevados niveles de calidad de las prestaciones. La implantación de los procesos asistenciales en el Servicio Andaluz de Salud, se realizará de manera coordinada entre la Atención Primaria y Especializada, de acuerdo con las siguientes líneas de actuación:

1. Desarrollo de la Estructura Organizativa Interniveles
2. Realización de un análisis de situación previo a la implantación del proceso
3. Desarrollo de la arquitectura 4 del proceso en el ámbito local
4. Desarrollo del Plan de comunicación interno
5. Formación de los profesionales
6. Desarrollo del sistema de información
7. Desarrollo de una Estrategia para la Evaluación y Mejora Continua del proceso

A tal fin se plasman los siguientes acuerdos para la implantación y seguimiento de procesos asistenciales:

Estructura Organizativa:

Comisión Mixta de Procesos

Compuesta por directivos y profesionales del Hospital y los Distritos adscritos, con el fin de dirigir, supervisar y evaluar la implantación de los procesos y valorar las incidencias individuales acaecidas a cualquier ciudadano durante cualquier proceso asistencial. Esta Comisión incorporará a su ámbito de trabajo los nuevos procesos incluidos en este Contrato Programa. Todos los hospitales, Distritos y Áreas Sanitarias, deben tener constituidas en 2003 comisiones mixtas interniveles.

FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN	PROCESOS INCLUIDOS	NORMAS BÁSICAS DE CALIDAD DE CADA PROCESO

Grupos de Desarrollo

Para cada proceso, debe constituirse un grupo de trabajo interniveles. Entre los participantes, deben estar representados los servicios y perfiles profesionales necesarios para el desarrollo del proceso. Este grupo será el encargado de realizar un análisis de situación, la adaptación del proceso a su ámbito de aplicación (Anexo con Ficha para la Implantación de Procesos Asistenciales) y el desarrollo del nivel de arquitectura 4 del proceso.

Grupos de implantación

Para la puesta en marcha de cada uno de los procesos, se constituirá un grupo de dirección del proceso en el nivel local (Servicios implicados, ZBS o Centro) . Dichos grupos podrán tener, cuando sea necesario, una composición mixta entre Hospital y Distritos, y si así lo aconseja la naturaleza del proceso, actuarán con metodología de grupo focal con inclusión de representantes de las Asociaciones de Autoayuda relacionadas.

FECHA DE INICIO DE IMPLANTACIÓN	PROCESOS INCLUIDOS	CENTROS/SERVICIOS

Plan de Comunicación Interno:

La comisión mixta de procesos, debe promover la comunicación interna como parte de las actividades para la implementación de los Procesos Asistenciales. Debe contar para ello, con la implicación de los responsables de los grupos de desarrollo de cada uno de los procesos. Los objetivos de este plan de comunicación son, lograr:

- El conocimiento de los profesionales del Documento de Gestión del Proceso en el que estén incluidos
- El conocimiento de la arquitectura tipo 4 de cada proceso
- La constitución de los Grupos de Mejora Continua de cada proceso

Además de la Información facilitada desde la Dirección, las vías utilizadas para la comunicación, deben ser las habituales dentro de cada servicio o centro: Sesiones Clínicas, Formación Continuada, reuniones específicas para la difusión, etc.

Consultas

Demanda y Oferta de consultas (incluida salud mental)

El Hospital garantizará la disponibilidad de información actualizada sobre la oferta de especialistas y servicios elegibles a través de la aplicación LEMEH u otro procedimiento en vigor, en el que se concreten para cada especialidad los siguientes aspectos:

- Listado de facultativos (la totalidad de facultativos con agenda de consultas)
- Numero de primeras visitas para cada especialidad / facultativo (de cada uno de los tipos definidos por el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada)
- Cuadro horario diario para cada especialidad / facultativo
- Demora media del trimestre anterior para cada especialidad / facultativo

La Dirección del Distrito pactará con el hospital para el año 2003 su demanda de primeras consultas para cada especialidad y para cada trimestre del año teniendo en cuenta la prevalencia de las distintas patologías y los datos históricos de frecuentación.

El Hospital se comprometen a mantener como mínimo la oferta pactada durante todo el ejercicio para el que se realice el acuerdo.

Pacto trimestral de primeras visitas entre el Hospital y el Distrito de Atención Primaria que suscriben el acuerdo:

ESPECIALIDAD	NÚMERO FACULTATIVOS	PRIMERAS CONSULTAS GASTADAS	HORARIO DE MAÑANA	HORARIO DE TARDE	DEMORA MEDIA DEL TRIMESTRE ANTERIOR
TOTALES					

El Distrito 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).

Citación on line:

El Hospital (siempre que las aplicaciones informáticas y las comunicaciones lo permitan) abrirá en el presente ejercicio vías de citación "on line", para las primeras citas de los especialistas del área Hospitalaria en los siguientes centros:

CENTRO	ESPECIALIDAD

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:

- Lugar y horario de consulta de cada especialista
- Demora media del trimestre anterior de cada especialista

La solicitud de la consulta se realizará en el modelo P-111 cumplimentando:

- Datos administrativos del paciente: Nombre y apellidos, dirección completa, NAF/NUSS, edad y/o fecha de nacimiento, teléfono
- Datos del facultativo solicitante: nombre, centro de Salud y clave médica
- Informe clínico por el que se solicita la consulta: antecedentes de interés, datos más relevantes de la anamnesis y exploración, resultados de pruebas complementarias y orientación diagnóstica
- Cuidador principal en su caso

El Centro de Atención Primaria que produzca la petición de consulta solicitará al hospital la cita por el procedimiento en vigor.

El Hospital proporcionará al Centro el día y hora de la cita, en un periodo de tiempo no superior a las 48 horas desde la solicitud y el Centro Salud lo comunicará al usuario de forma inmediata.

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.

En el caso excepcional de que el Hospital debiera reprogramar alguna cita, deberá comunicar dicho cambio a los pacientes afectados justificándolo y comunicar dicha incidencia a los Distritos afectados explicando los motivos que la generaron y las medidas alternativas puestas en funcionamiento.

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 Servicio Andaluz de Salud.

El hospital enviará al Centro de Salud el Informe de alta, entendiéndose que ésta no se produce hasta el momento de remisión del mismo. En el informe de alta deberá constar además de la información clínica y administrativa habitual:

- El médico especialista responsable del paciente para ese proceso
- La necesidad de que el Centro de Salud identifique un cuidador principal en el ámbito familiar en los casos en que sea preciso

Consultorías

El Hospital tendrá permanentemente operativos los 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.

ESPECIALIDAD FACULTATIVO	DÍAS DE LA SEMANA	HORARIO	CENTRO	TELÉFONO /E-MAIL

Pacientes con alta frecuentación de consultas hospitalarias

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, etc.) y remitirá mensualmente un listado de los mismos al Distrito.

El Distrito adoptará junto con el Hospital las medidas de actuación necesarias para modificar en lo posible esa realidad, que se concretará en una Guía de Actuación Compartida.

Este objetivo se concretará en un cuadro similar al siguiente:

TIPOLOGÍA DEL PACIENTE	NÚMERO DE PACIENTE	EXISTENCIA DE GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA

Seguimiento de la actividad en consultas

A tal efecto el Distrito y el Hospital cumplimentarán los sistemas de información establecidos.

Hospitalización y cuidados domiciliarios

Pacientes con hospitalizaciones reiteradas

El hospital monitorizará desde el 1 de enero del 2003 a aquellos pacientes frecuentemente hospitalizados cuyo ingreso podría haberse evitado mediante un abordaje inicial adecuado en AP y establecerá un tratamiento protocolizado con este nivel.

Desde el 1 de Enero el Hospital identificará, evaluará y clasificará a dichos pacientes (pluripatológicos, frágiles, crónicos, pacientes que presentan un conocimiento deficiente de su proceso, un afrontamiento familiar inadecuado o circunstancias en las que existe un cansancio del rol del cuidador principal, etc.) y remitirá trimestralmente un listado de los mismos al Distrito.

Los Centros de Salud adoptarán junto con el Hospital las medidas de actuación necesarias para modificar en lo posible esa realidad que se concretaran en una Guía de Actuación Compartida.

Este objetivo se evaluará mediante en un cuadro similar al siguiente:

TIPOLOGÍA DEL PACIENTE	NÚMERO DE PACIENTE	EXISTENCIA DE GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA

Médico y enfermera responsable

El hospital, enviará a los Centros de Salud el nombre y teléfono de contacto del médico y enfermera responsables de cada paciente de más de 65 años y/o afectado por un proceso crónico en el hospital.

Continuidad de cuidados al alta

El hábitat de elección para cualquier paciente es su propio domicilio, por lo que se evitarán las estancias innecesarias de los pacientes en el Hospital mediante la cooperación con los equipos de Atención Primaria que garantice un adecuado nivel de supervisión y de cuidados para la correcta y saludable evolución de los procesos en el domicilio del paciente.

A fin de garantizar la continuidad de los tratamientos y cuidados ambulatorios y domiciliarios entre ambos niveles asistenciales, se constituirá LA COMISIÓN DE CUIDADOS DEL ÁREA formada por enfermeras clínicas de los distintos servicios del Hospital y de los Distritos de AP.

TIPOLOGÍA DEL PACIENTE	NÚMERO DE PACIENTE	EXISTENCIA DE GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA

El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zonas Básicas en un periodo menor de 48 horas los informes de alta de hospitalización (no manuscritos), conteniendo el Plan de Cuidados que incluirá una valoración por área de necesidades, el diagnóstico de enfermería y las intervenciones que requieran continuidad y/o supervisión en Atención Primaria.

Se concretará el procedimiento de comunicación seleccionado.

Por parte de los equipos de Atención Primaria 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.

El Hospital enviará directamente a las Zonas Básicas (sin intervención del usuario) en un periodo menor de 24 horas los informes de alta (no manuscritos) de aquellos pacientes en los que se haya identificado:

- Deterioro de la movilidad física
- Ulceras de decúbito
- Falta de conocimientos de la intervención y sus cuidados (por el corto periodo de Hospitalización)
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Alta dependencia de cuidados (inmovilizados, dolor,...)
- Aislamiento social

Se concretará el procedimiento de comunicación seleccionado.

Por parte de los equipos de Atención Primaria se mantendrá un contacto telefónico con el paciente antes de las 12 horas y se asegurará la respuesta asistencial adecuada.

Los pacientes inmovilizados dispondrán del "Documento de Continuidad de Cuidados" en él 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 Especializada, donde las enfermeras de este ámbito registrarán las incidencias correspondientes.

Material asistencial

El Hospital proveerá al Distrito de Atención Primaria (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 Atención Primaria y que el Distrito comunicará al Hospital, especialmente en los siguientes casos:

- CMA
- Pacientes oncológicos y terminales
- Pacientes en tratamiento por Unidades del Dolor
- Pacientes con nutrición enteral / parenteral domiciliaria

Urgencias

Análisis de situación

Durante 2003 el Distrito y Hospital mantendrán reuniones para analizar los diferentes puntos de urgencias y de atención continuada, su ubicación, dotación, recursos móviles y capacidad de resolución y elaborarán propuestas de mejora al respecto.

Protocolos de actuación

Durante 2003 se definirán y adoptarán protocolos comunes de actuación y tratamiento en las urgencias más comunes que, presumiblemente, requieran atención en los dos niveles asistenciales.

Seguimiento en AP

Desde el 1 de enero de 2003, 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 visita.

Cirugía

Cirugía Mayor Ambulatoria

El Distrito colaborará en el desarrollo de los programas de CMA del Hospital para lo cual:

- El Hospital informará al Distrito de los procedimientos de CMA que realiza
- El Distrito asumirá la continuidad de cuidados de enfermería en el postoperatorio. Para ello el Hospital indicará mediante protocolo la pauta de respuesta en caso de que se produjera alguna de las incidencias más frecuentes en cada uno de los postoperatorios de los procedimientos de CMA
- El Hospital y el Distrito acordarán la vía de Información mas inmediata de las altas de CMA que precisen asistencia por parte de AP

Cirugía Menor Ambulatoria

El Hospital continuará preparando e impartiendo, en coordinación con el Distrito, un programa de formación / supervisión en técnicas de cma que permita a este último consolidar su cartera de cma.

Durante el año 2003 este programa se desarrollará para los siguientes procedimientos.

PROCEDIMIENTO	NÚMERO PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CATEGORÍA	HORAS DE FORMACIÓN

El Hospital garantizará el análisis de las muestras destinadas a Anatomía Patológica correspondientes a las intervenciones de cma realizadas en todos los Centros de Salud con un procedimiento de tramitación similar al utilizado para el resto de técnicas analíticas.

Cordales

El Hospital mantendrá la oferta de reciclaje para los Odontólogos y Estomatólogos de Atención Primaria en materia de extracción de cordales que comprenderá una parte teórica y una práctica.

NÚMERO PROFESIONALES PARTICIPANTES	HORAS DE FORMACIÓN

Anticoagulación

El Hospital mantendrá la coordinación entre el Servicio de Hematología y las Zonas Básicas de Atención Primaria para que los pacientes más estables anticoagulados con acenocumarol puedan seguir la terapia de mantenimiento y los controles de coagulación en los Centros de Salud, según los criterios clínicos establecidos. 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

Quimioterapia

El Hospital definirá junto con Atención Primaria los procedimientos necesarios para que la analítica previa y de control posterior a la administración de quimioterapia en el Hospital de Día Médico se extraiga en el Centro de Salud del paciente y los resultados estén disponibles el día de la siguiente cita en el HDM para ser evaluados por el médico que hace el seguimiento del paciente.

CENTRO O ZONA BÁSICA DE SALUD	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESPECIFICACIONES

Fisioterapia

El Hospital se coordinará con los Distritos de Atención Primaria de su ámbito para optimizar el funcionamiento de las salas de rehabilitación y fisioterapia de Atención Primaria de acuerdo con lo establecido en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria.

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 revisaran 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 a la mayor brevedad posible un informe al Centro de Salud, donde indicará las modificaciones del tratamiento correspondientes.

Atención bucodental a paciente discapacitado psíquico

Los problemas de salud bucodental de los discapacitados psíquicos que precisan intervención por parte de los equipos de estomatología de Atención Primaria han de realizarse en múltiples ocasiones bajo anestesia general.

El Hospital y el Distrito acordarán las horas mensuales de quirófano con anestesista necesarias para las intervenciones de dicha naturaleza. El Distrito se compromete a la programación y comunicación de las intervenciones y a asegurar que no se producen renunciaciones.

Acceso a pruebas diagnósticas

Oferta de pruebas diagnósticas

El Hospital ofertará al Distrito la realización de las pruebas diagnósticas determinadas en el Plan de Reforma de la Atención en Consulta Especializada. La solicitud de estas pruebas diagnósticas desde Atención Primaria se realizará siguiendo el procedimiento establecido en el mencionado Plan. En todo caso, no se establecerán por parte del Hospital mecanismos de asignación de citas que presupongan tiempos de respuesta diferenciados para las pruebas diagnósticas solicitadas conforme al protocolo establecido desde Atención Primaria.

El Hospital acuerda con el Distrito el acceso a las siguientes pruebas diagnósticas para las Unidades Clínicas con las que se han firmado acuerdos de gestión.

TIPO DE PROCEDIMIENTO	NÚMEROS DE ESTUDIOS POR TRIMESTRE
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 quepa suponer 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.

Distrito y Hospital acordarán un procedimiento de tramitación y resolución de solicitudes de pruebas complementarias.

Docencia e investigación

Formación interna conjunta

Hospital y Distrito organizarán actividades conjuntas de formación dirigida a sus profesionales que versarán preferentemente sobre los siguientes temas:

- Gestión por procesos
- Continuidad de cuidados
- Seguimiento del embarazo
- Salud mental

CURSO	MES	PROFESIONALES EBAP	PROFESIONALES HOSPITAL

Formación externa dirigida a ciudadanos

El Hospital y el Distrito ofertarán programas formativos sobre cuidados básicos dirigido a las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y, de forma especial, a los cuidadores principales y/o informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del área del Hospital.

CONTENIDOS FORMATIVOS	DIRIGIDO A
	Cuidadores principales
	Cuidadores principales

Asociación de investigadores o Fundación de investigación

En tanto en cuanto se constituyan Asociaciones o Fundaciones relacionadas con la investigación en Atención Primaria, las Asociaciones o Fundaciones del Hospital asumirán las tareas de presentación, defensa, supervisión y gestión de los proyectos de investigación generados por los equipos de los Centros de Salud.

Gestión de Recursos

Actuaciones sobre procedimientos administrativos conjuntos

Se propondrán mecanismos de mejora y simplificación de los siguientes ámbitos:

- LEMEH.
- Comunicación entre instituciones
- Tramitación de pruebas complementarias, incluida la documentación para solicitud de las mismas
- Informes clínicos y de enfermería
- Otros relevantes

Material ortoprotésico

El Distrito se compromete a realizar un seguimiento y gestionar de acuerdo con el hospital el material ortoprotésico entregado a los pacientes.





Anexo 19

Códigos
y poblaciones
de los hospitales

CODIGOS Y POBLACIONES DE LAS AREAS HOSPITALARIAS

NOMBRE	NHOS	POBLACIÓN AJUSTADA A EFECTOS DE FINANCIACIÓN CP 2003
H. VIRGEN DEL ROCIO	3	783.395
H. VALME	4	360.065
H. UNIV. V. MACARENA	5	518.037
H. OSUNA	7	148.533
H. CADIZ	9	343.656
H. PUNTA EUROPA	10	162.422
H. LA LINEA	11	91.147
H. JEREZ DE LA FRONTERA	12	283.439
H. PUERTO REAL	13	200.515
H. BAZA	15	77.492
H. VIRGEN DE LAS NIEVES	17	439.035
H. UNIVERSITARIO GRANADA	18	268.822
H. MOTRIL	19	110.939
H. REINA SOFIA	24	531.921
H. INFANTA MARGARITA	25	152.952
H. POZOBLANCO	26	101.724
H. ANTEQUERA	28	102.524
H. SERRANIA RONDA	29	88.485
H. MALAGA	31	528.202
H. AXARQUIA	32	119.035
H. UNIVERSITARIO MALAGA	33	297.275
H. INFANTA ELENA	36	144.588
H. GENERAL HUELVA	38	224.269
H. RIOTINTO	39	54.788
COMPLEJO H.DE JAÉN	42	285.272
H. LINARES	43	106.735
H. UBEDA	44	119.412
H. INMACU. HUERCAL-OVERA	46	100.768
H. TORRECARDENAS	48	266.842
H. DE PONIENTE		121.065
H. ALTO GUADALQUIVIR		60.287
H. COSTA DEL SOL		210.326
TOTAL		7.403.967





Anexo 20

Modelos de acuerdo de gestión clínica

....., a de de 2003.

REUNIDOS

El / la Director/a Gerente del Hospital
D./Dña.
y el/la Director/a de la Unidad de Gestión Clínica de
D./Dña.
con el NIF

Proponen el siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2003 para que sea valorado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y autorizado si procede.

El/la Director/a Gerente

El/la Director/a de la Unidad

Fdo.

Fdo.

1. Introducción
2. Normas que regulan el presente Acuerdo de Gestión
3. Marco de funcionamiento de los acuerdos de Unidades de Gestión Clínica
 - 3.1. Competencias de la Unidad
 - 3.2. Compromisos de la Dirección del Hospital
 - 3.3. Requisitos básicos
4. Misión y valores de la Unidad
 - 4.1. Misión y valores
 - 4.2. Grado de compromiso con la misión, con los valores de la Unidad y con el desarrollo de actividades de mejora continua
5. Cartera de Servicios de la Unidad y catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias
6. Mapa de procesos
7. Usuarios
 - 7.1. Satisfacción y expectativas de los usuarios
 - 7.2. Accesibilidad
 - 7.3. Derechos y deberes de los usuarios
 - 7.4. Confidencialidad e intimidad
8. Actuaciones sobre la eficacia
9. Actuaciones sobre la efectividad
 - 9.1. Implantación de guías, protocolos y planes de cuidados
 - 9.2. Asignación del médico y enfermera
10. Actuaciones sobre la eficiencia
11. Actividad de la Unidad Clínica
12. Demoras
13. Colaboración con otros niveles asistenciales
14. Recursos humanos
 - 14.1 El Mapa de Competencias de la Unidad
 - 14.2 Gestión del personal de acuerdo a las necesidades
 - 14.3 Absentismo laboral
15. Formación e investigación
 - 15.1 Programa de orientación inicial
 - 15.2 Programa de formación continua y desarrollo profesional individualizado
 - 15.3 Docencia
 - 15.4 Proyectos de investigación y publicaciones
16. Sistemas de información
17. Promoción del uso correcto del medicamento
 - 17.1 Recetas por consultas
 - 17.2 Prescripción por "principio activo"
 - 17.3 No prescripción de novedades terapéuticas (NT) de las que no exista suficiente experiencia clínica o no aporten ninguna ventaja sobre las existentes
18. Acuerdo sobre consumos de recursos
19. Criterios para la asignación de incentivos
 - 19.1 Incentivos económicos individuales
 - 19.2 Incentivos económicos (no retributivos) para la Unidad
 - 19.3 Procedimiento para la distribución interna de los incentivos
 - 19.4 Ponderación de los objetivos
20. Envío de evaluación del Acuerdo de Gestión a la Dirección General de Asistencia Sanitaria

1. Introducción

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone dar a las unidades asistenciales la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y, por lo tanto, promover su responsabilidad junto con su autonomía.

El Plan de Calidad de la Consejería de Salud sitúa al ciudadano como eje central del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) e incorpora una concepción integral del concepto de calidad, enfocándola sobre el elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial. Es, por tanto, una nueva concepción para el desarrollo de la actividad asistencial que apoya y refuerza a otras herramientas, que, como la gestión clínica, influyen de forma positiva en la actitud de los profesionales.

El proceso asistencial se entiende desde la perspectiva del ciudadano como el conjunto de elementos clínicos y organizativos que se encadenan de manera secuencial y coherente para satisfacer sus necesidades sanitarias.

Este concepto, que trasciende el de coordinación interniveles, intenta profundizar en el significado de la "continuidad asistencial" y exige a los Centros sanitarios ordenar actuaciones que son realizadas en espacios distintos, por profesionales diferentes y en tiempos distintos, abordando la prestación de servicios de forma horizontal, implicando a los distintos niveles asistenciales y profesionales que participan en el mismo.

Significa abordar de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Significa también utilizar guías de práctica clínica y criterios de adecuación en el manejo de los recursos y medios de apoyo al diagnóstico, utilizar racionalmente los medicamentos y evaluar los resultados. En realidad se trata de analizar e incorporar a las actuales formas de trabajo elementos de mejora que añadan valor a los destinatarios del proceso asistencial, los ciudadanos.

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud y los de las Empresas Públicas de la Consejería de Salud consideran la Gestión Clínica como una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, entendiendo que son las Unidades Clínicas de Gestión el espacio organizativo donde esto puede desarrollarse.

2. Normas que regulan el presente acuerdo de gestión

El presente documento regulará la constitución y funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica.

Las Unidades autorizadas con anterioridad al 2002 y que estén formadas exclusivamente por médicos o por enfermeras disponen hasta el 1 de enero de 2004 para incluir en ellas a otros profesionales que compartan la misión de la Unidad.

Se podrán proponer para su autorización unidades que por su contenido asistencial estén constituidas sólo por personal de enfermería, como unidades de hospital de día médico, hospital de día quirúrgico, unidades que presten servicios a varias especialidades médicas y/o quirúrgicas sin perjuicio de que puedan ser autorizadas con posterioridad a la fecha mencionada.

Las Unidades ya autorizadas, deberán cumplimentar y negociar el presente documento con la Dirección Gerencia del Hospital antes del 31 de marzo de 2003, junto con la evaluación de los objetivos del año 2002.

Las Unidades de nueva creación dispondrán hasta el día 15 de febrero de 2003 para cumplimentar y negociar el presente documento con la Dirección Gerencia del Hospital.

Las propuestas de los Acuerdos, una vez firmados, se enviarán a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud para su valoración. Deberán tener correctamente cumplimentados todos los apartados, incluido el Anexo donde quedan recogidos los objetivos que serán evaluados para la asignación de incentivos.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria, una vez valorado el acuerdo y si se estima que éste no cumple los requisitos mínimos para la puesta en marcha de la Unidad, podrá devolverlo a su Hospital de origen que dispondrá de un plazo máximo de 20 días para su modificación.

3. Marco de funcionamiento de las unidades de gestión clínica

El Director de la Unidad podrá ser elegido de entre los miembros que constituyan la misma y deberá cumplir el requisito de tener dedicación exclusiva en el SSPA.

El Director de la Unidad propondrá a la Dirección del Hospital los objetivos y la cuantificación de las actividades, que podrán ser modificados por ésta atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria del Centro.

El Director de la Unidad podrá suscribir pactos con los servicios de Atención Primaria sobre derivaciones a consultas y petición de pruebas complementarias para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica.

La Dirección del Hospital junto con el Director de la Unidad, podrá incluir o excluir servicios en la cartera de la Unidad, según las necesidades de la población que atiende y la evaluación del Acuerdo anterior. En cualquier caso la puesta en funcionamiento de servicios nuevos en la Unidad deberá contar con la autorización expresa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

El Director del Hospital 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.

3.1 Competencias de la Unidad

El Director de la Unidad tendrá las competencias para:

- Dirigir y evaluar la Unidad para alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo, en consonancia con la misión del SSPA, del SAS y del Centro del que forma parte.
- Establecer, de conformidad con la Dirección del hospital, la organización de la Unidad en relación a horarios, turnos y distribución de funciones para el cumplimiento de los objetivos.
- Proponer el reparto de los incentivos individuales de los profesionales de la Unidad de acuerdo con el sistema que se establezca.
- Aplicar el mapa de competencias para la selección de profesionales que realicen funciones de refuerzo y sustituciones. Representar a la Dirección del hospital en los procesos de selección de personal.
- Determinar la asistencia a actividades de formación, incluidas rotaciones y reciclajes, para satisfacer las necesidades formativas de todos los profesionales de la Unidad. La Unidad dispondrá de un presupuesto específico para las actividades de formación.
- Establecer el número y duración de los contratos de refuerzos y sustituciones, licencias y permisos de los profesionales de la Unidad, incluido el plan de vacaciones reglamentarias, en el marco presupuestario de la Unidad y de la normativa vigente.
- Proponer a la Dirección del hospital la contratación de bienes y servicios para la Unidad y participar en la elaboración de los informes técnicos correspondientes, de acuerdo con la normativa de aplicación y con la disponibilidad presupuestaria.

3.2 Compromisos de la Dirección del Hospital

Acordar con la Unidad los procedimientos administrativos y de información para la citación de pacientes para las distintas actividades de la misma.

Suministrar a la Unidad la información necesaria para el seguimiento del acuerdo de gestión con la periodicidad que se establezca.

Facilitar la organización y coordinación con otras unidades clínicas, diagnósticas y administrativas del hospital y con los dispositivos de Atención Primaria para garantizar el cumplimiento del acuerdo de gestión.

Poner a disposición de la Unidad el personal administrativo necesario para garantizar el cumplimiento del acuerdo.

3.3 Requisitos básicos

La Dirección del Hospital y la Dirección de la Unidad acordarán los tiempos máximos de demora permitidos en cada actividad.

El Director de la Unidad asegurará que se disponga del consentimiento informado en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y tratamientos que así lo requieran, salvo casos de urgencia vital.

La Unidad asegurará la cumplimentación del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria en todos los casos.

La Unidad deberá plantear a la Dirección del Centro la necesidad de incorporar aquella tecnología que mejore la atención en la asistencia de los pacientes, ajustándose al esquema de valoración de la "Guía para la toma de decisiones en la incorporación y adquisición de nuevas tecnologías en los Centros Sanitarios de Andalucía" (GANT) de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía.

La Unidad negociará con la Comisión de Terapéutica del Centro, la incorporación de medicamentos basada en la necesidad, la efectividad, los riesgos, los costes de adquisición y el impacto de los mismos.

La Unidad colaborará en la evaluación de su entorno en materia de seguridad, funcionalidad y eficacia para la prestación de asistencia y planteará los cambios asumibles reorganizando espacios, equipos y recursos de acuerdo con la misión de la Unidad.

La Dirección del Hospital podrá intervenir sobre las decisiones tomadas por la Unidad si en el seguimiento periódico de los pactos sobre consumos se observan desviaciones sobre lo acordado.

4. Misión y valores de la Unidad

4.1 Misión y valores

La Unidad tiene como misión la prevención, el tratamiento de las patologías más prevalentes en su ámbito, la prestación de cuidados profesionales fundamentados en una completa información y la atención personalizada e integral al usuario, así como la gestión de los recursos disponibles, siendo el ciudadano el eje del sistema.

La Unidad prestará servicios de máxima calidad, desarrollará su práctica asistencial sobre la evidencia científica disponible, tendrá presente las expectativas del ciudadano sobre la accesibilidad y continuidad de su proceso, velará porque el principio de beneficio y autonomía del paciente se respete, contribuirá a la investigación y asumirá el compromiso de impulsar las políticas de salud de la Consejería.

Los valores que guiarán a los miembros que componen la Unidad estarán orientados hacia:

- La excelencia en la asistencia sanitaria
- La consideración del ciudadano como centro de su actividad
- El respeto a los valores de la persona enferma y su entorno
- La promoción de la independencia de la persona en el autocuidado y mantenimiento de la salud
- La continuidad asistencial como dimensión esencial de la calidad
- La innovación
- La cooperación entre los niveles asistenciales y el trabajo en equipo
- La orientación hacia la mejora continua de la calidad
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público

DEFINICIÓN DE LA MISIÓN Y VALORES DE LA UNIDAD (*)

4.2 Grado de compromiso con la misión, con los valores de la Unidad y con el desarrollo de actividades de mejora continua

Los miembros de la Unidad participarán en la elaboración de objetivos y metas recogidos en presente Acuerdo de Gestión Clínica.

El Director de la Unidad mantendrá un sistema de información actualizado e integrado sobre resultados, a disposición de los miembros de la Unidad. Mensualmente se identificarán y analizarán objetivos concretos por su valor estratégico o por haber sufrido desviaciones sobre lo previsto y se concretarán las acciones a realizar.

Cada miembro podrá proponer formalmente ante el resto del equipo los cambios que considere adecuados y los resultados esperados para la mejora de la atención de los pacientes y de la Unidad en su conjunto.

Cuando los miembros de la Unidad sean requeridos en otros Servicios del Centro expondrán la misión y objetivos de la misma así como la valoración de su experiencia y los cambios que se han producido en la atención a los pacientes.

PROFESIONALES QUE SE COMPROMETEN CON LA MISIÓN DE LA UC (A TIEMPO COMPLETO)

APELLIDOS Y NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

En algunos casos, dependiendo de las características de la Unidad, se valorará la pertinencia de que profesionales que no tengan dedicación a tiempo completo a la unidad formen parte de la misma.

5. Cartera de servicios de la Unidad y catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias

La Unidad dispondrá de una cartera de servicios definida y autorizada por la Dirección del Centro y de un enfoque planificado, sistemático y global para atender a los procesos, medir las actuaciones, evaluar los resultados y proponer mejoras. Asimismo tendrá establecido un catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias que realice la propia unidad.

CARTERA DE SERVICIOS

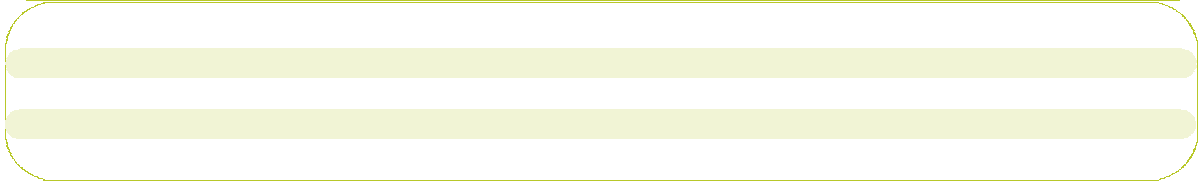
CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

6. Mapa de procesos

El marco estratégico de las Unidades de Gestión Clínica tendrá su expresión en la definición de los objetivos de la misma, que se centrarán en la orientación de su actividad hacia actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación y a la satisfacción de las expectativas de los usuarios, tanto de los que están siendo atendidos como de los que están esperando, de forma eficaz, efectiva y eficiente.

Para ello la Unidad adaptará a su entorno concreto los mapas de procesos elaborados por la Consejería de Salud, asumiendo las normas básicas de calidad en ellos establecidas.

MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD CLÍNICA (PRIORIZADOS POR LA CONSEJERÍA DE SALUD)



7. Usuarios

7.1 Satisfacción y expectativas de los usuarios

La Unidad llevará a cabo acciones para aumentar la satisfacción de los usuarios y lograr sus expectativas. Dichas acciones se evaluarán posteriormente mediante una encuesta que contemple las siguientes dimensiones:

- Acceso de los pacientes a la asistencia respecto a los tiempos de espera y a la forma (telefónico o con desplazamientos personales)
- Relaciones con el paciente y sus familiares
- Participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, cuidados, comprensión de la información recibida y acceso a la misma
- Conocimientos y habilidades del personal para la asistencia de los pacientes y su grado de coordinación
- Facilidad del usuario para expresar demandas y receptividad del personal para satisfacerlas
- Confianza en la cualificación técnica de los miembros de la Unidad

7.2 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.

AMBITO	Nº DE HORAS SEMANALES QUE SE OFERTAN DE MAÑANA	Nº DE HORAS SEMANALES QUE SE OFERTAN DE TARDE	PROPUESTA DE HORAS SEMANALES DE MAÑANA PARA 2003	PROPUESTA DE HORAS SEMANALES DE TARDE PARA 2003
Consultas				
Pruebas diagnósticas				
HDM				

Las Unidades de Bloque quirúrgico deberán asumir las prolongaciones quirúrgicas que se produzcan y ofertar al menos un jornada de tarde al mes a los servicios quirúrgicos.

7.3 Derechos y deberes de los usuarios

Cuando el paciente entre en contacto con la Unidad en cualquiera de sus ámbitos de atención (consulta, hospital de día, internamiento, etc.) se le informará de la organización de la Unidad, de sus derechos y de sus deberes como usuario, mediante un documento escrito.

Los profesionales correspondientes le explicarán las medidas que han de adoptarse por necesidad del plan terapéutico establecido, las limitaciones o restricciones de visitas, del uso de teléfono, de la deambulacion, de la alimentación y otras que pudieran ser objeto de posteriores reclamaciones por parte del paciente o su familia. Deberá asumirse la posibilidad de que estas restricciones no fueran aceptadas por el paciente o por los familiares, lo que se hará constar en la historia clínica.

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.

7.4 Confidencialidad e intimidad

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, como sus creencias y valores, que son conocidos por el personal que le cuida y le trata durante su estancia en el Centro.

RECLAMACIONES	
MOTIVOS MÁS FRECUENTES EN EL AÑO 2002	Nº DE RECLAMACIONES AÑO 2002

8. Actuaciones sobre la eficacia

La Unidad se centrará en los procesos con mayor incidencia y prevalencia, más graves, incapacitantes o con mayor demanda de cuidados, incluyendo los procesos recogidos en el Contrato Programa 2001-2004 (año 2003) y se compromete a adoptar las guías de práctica clínica contenidas en el Mapa de Procesos del SSPA o, en su defecto, los consensos o recomendaciones existentes.

Las adaptaciones, de guías y protocolos, a las características de la unidad serán aprobadas por la Comisión de Calidad del Hospital o por la Junta Facultativa.

PROCESOS CLAVE	GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN QUE SE APLICAN

La Unidad elaborará planes de cuidados que incluyan la valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de las respuestas de la persona a los problemas de salud. Serán elaborados utilizando la terminología NANDA. Estos planes serán aprobados por la Comisión de Calidad del Hospital o por la Junta de Enfermería.

PROCESOS	PLANES DE CUIDADOS PROTOCOLIZADOS

La tecnología que utilice y a la que tenga acceso la Unidad será conocida y analizada en su aplicación diaria por el equipo y se conocerán los riesgos y beneficios de su aplicación.

Antes de obtener su consentimiento, se informará al paciente y a su familia de los riesgos, beneficios y posibles complicaciones asociadas con cada procedimiento y se discutirán otras opciones terapéuticas y de cuidados alternativos.

TECNOLOGÍA UTILIZADA	PROTOCOLOS DE INDICACIÓN

Las **Unidades Clínicas Diagnósticas** aportarán a los servicios clínicos información que les ayude a mejorar la prescripción en las pruebas más solicitadas y las de mayor coste, mediante protocolos con árboles de decisión diagnóstica, comprometiéndose a elaborar o facilitar los siguientes:

PROTOSCOLOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

9. Actuaciones sobre la efectividad

9.1 Implantación de guías, protocolos y planes de cuidados

La Unidad articulará las medidas que garanticen la puesta en marcha de las guías y protocolos de actuación definidos, explicitando las acciones a desarrollar para asegurar su cumplimiento.

GUÍAS CLÍNICAS PLANES DE CUIDADOS Y PROTOCOLOS

MEDIDAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES
A DESARROLLAR PARA SU IMPLANTACIÓN

La Unidad analizará de forma continuada las actividades y circuitos implicados en los procesos asistenciales y propondrá elementos de mejora, que deberán ser evaluados en términos de resultados.

Las Unidades Clínicas Diagnósticas evaluarán a los servicios clínicos sobre:

- El grado de adecuación de las peticiones a los protocolos en vigor
- La concordancia diagnóstico - clínica de las pruebas más frecuentes
- El porcentaje de normalidad en los estudios solicitados

Las pruebas diagnósticas serán evaluadas en su aplicación, en lo que aportan de sensibilidad, especificidad y por los valores predictivos obtenidos en la población sobre la que se aplican y en función de los protocolos utilizados en su indicación (preferentemente los publicados por las sociedades científicas).

PRUEBA
DIAGNÓSTICA

PROTOCOLO
UTILIZADO

SENSIBILIDAD

ESPECIFICIDAD

VALOR PREDICTIVO
RESULTANTE

9.2 Asignación del médico y enfermera.

La Unidad determinará el mecanismo de asignación del médico y enfermera responsable de cada enfermo mediante consenso entre sus profesionales de forma que se garantice la personalización y continuidad de la asistencia y se logre la mayor efectividad.

CONCRECIÓN DEL MECANISMO DE ASIGNACIÓN DEL MÉDICO Y ENFERMERA RESPONSABLE DE CADA ENFERMO

10. Actuaciones sobre la eficiencia

La Unidad identificará los puntos críticos, seleccionando al menos dos entre aquellos sobre los que pueda actuar, estableciendo los márgenes de mejora de la eficiencia sobre los que tenga capacidad de influir.

PUNTOS CRÍTICOS	OBJETIVO DE MEJORA (CUANTIFICADO)	INDICADOR DE EVALUACIÓN

11. Actividad de la unidad clínica

Para orientar el funcionamiento y evaluar actividad desarrollada por la Unidad es necesario disponer de datos cuantificables de las actuaciones llevadas a cabo en ella.

Cada Unidad cumplimentara los datos de actividad y los indicadores seleccionados, en función de sus características, de los que a continuación se citan. Además incluirá otros datos e indicadores de actividad exclusivos de la especialidad de la Unidad que permitan su correcta evaluación.

A modo de ejemplo se señalan algunos datos e indicadores básicos:

POBLACIÓN QUE ATIENDE	AÑO 2001	AÑO 2002	OBJETIVO 2003
DATOS DE ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN			
Nº DE CAMAS			
INGRESOS PROGRAMADOS			
INGRESOS URGENTES			
ESTANCIAS TOTALES			
ESTANCIAS ESPERADAS			
PUNTOS GDR			
REINGRESOS NO PROGRAMADOS			
Nº DE INFORMES DE ALTA CON PLAN DE CUIDADOS			
INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN			
ESTANCIA MEDIA			
ÍNDICE DE UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS			
COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA			
% OCUPACIÓN			
% DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS			
PRESIÓN DE URGENCIAS			
FRECUENTACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN			
% ALTAS CODIFICADAS VÁLIDAS			
DATOS DE ACTIVIDAD CONSULTAS			
PRIMERAS CONSULTAS			
CONSULTAS SUCESIVAS			
CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN			
INTERCONSULTAS			
CONSULTORÍAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA (PRESENCIAL Y/O TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD)			
INDICADORES DE ACTIVIDAD CONSULTAS			
FRECUENTACIÓN DE CONSULTAS			
% ALTAS EN CONSULTA			
% PACIENTES VISTOS EN CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN			
DATOS DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA			
INTERVENCIONES PROGRAMADAS CON INGRESO			
CMA DESAGREGADA			
INTERVENCIONES URGENTES NO DIFERIDAS			

	AÑO 2001	AÑO 2002	OBJETIVO 2003
INTERVENCIONES URGENTES DIFERIDAS			
INTERVENCIONES PROGRAMADAS SUSPENDIDAS			
HORAS SEMANALES DISPONIBLES DE QUIRÓFANO PARA CIRUGÍA PROGRAMADA			
INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA			
INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR 100.000 H DE LOS PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE LA UNIDAD			
EMPO INTERVENCIONES PROGRAMADAS			
% INTERVENCIONES PROGRAMADAS SUSPENDIDAS			
% ANESTESIA EPIDURAL EN CIRUGÍA			
% ANESTESIA EPIDURAL EN PARTOS			
DATOS DE ACTIVIDAD EN URGENCIAS			
Nº URGENCIAS ATENDIDAS			
Nº URGENCIAS INGRESADAS			
INDICADORES DE ACTIVIDAD EN URGENCIAS			
% DE URGENCIAS QUE INGRESAN			
FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS			
DATOS DE ACTIVIDAD EN HDM			
ACTIVIDAD HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DESAGREGADA			
INDICADORES DE ACTIVIDAD EN HDM			
FRECUENTACIÓN EN HDM			
DATOS DE ACTIVIDAD EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
PETICIÓN DE PRUEBAS FUNCIONALES/DIAGNÓSTICAS DESAGREGADAS (10 MÁS FRECUENTES)			
Nº DE PRUEBAS FUNCIONALES/DIAGNÓSTICAS REALIZADAS Y DESAGREGADAS			
INDICADORES DE ACTIVIDAD EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
PROMEDIO DE PRUEBAS FUNCIONALES / DIAGNÓSTICAS REALIZADAS POR DÍA LABORABLE			
% DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES / DIAGNÓSTICAS REALIZADAS DESAGREGADAS PARA LOS PACIENTES INGRESADOS, LOS URGENTES Y LOS AMBULATORIOS			
DATOS DE ACTIVIDAD EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD			
SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD			
Nº DE PROGRAMAS SOBRE MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO			
INDICADORES DE ACTIVIDAD EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD			
Nº DE PACIENTES / FAMILIARES QUE HAN RECIBIDO EDUCACIÓN SOBRE SU PROCESO			
INDICADORES DE CUIDADOS			
% DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RESUELTOS AL ALTA			
TASA INCIDENCIA FLEBITIS			
TASA INCIDENCIA DE ULCERA POR PRESIÓN			

12. Demoras

Los objetivos de demora en las diferentes áreas asistenciales se ajustarán a lo establecido en el Contrato Programa de Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2001-2004 (año 2003).

Primeras Consultas:

- El número de consultas suspendidas será igual a cero
- Se garantizará que las diferentes agendas estén, permanentemente, abiertas; por lo que el número de consultas solicitadas será igual al número de consultas citadas
- Se establecerá para cada tipo de consulta (según actividad) el objetivo de demora por absorción en días para primeras consultas

TIPO DE CONSULTA SEGÚN ACTIVIDAD	OBJETIVO 2003. DEMORA POR ABSORCIÓN EN DÍAS
Consulta 1	
Consulta 2	
Consulta 3	

Pruebas diagnósticas:

PRUEBAS O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	OBJETIVO 2003. DEMORA POR ABSORCIÓN EN DÍAS
Prueba 1	
Prueba 2	
Prueba 3	

Demanda Quirúrgica:

Se establecerá el objetivo de demora definido como el número de pacientes en espera, en los siguientes los siguientes tramos entre: 0-120 días, y 120-180 días.

	TOTAL PACIENTES	% DE PACIENTES EN ESPERA 0-120 DÍAS	% DE PACIENTES EN ESPERA 120-180 DÍAS	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	2002 OBJETIVO 2003	2002 OBJETIVO 2003	2002 OBJETIVO 2003	2002 OBJETIVO 2003
Cirugía con ingreso CMA				

Demoras en emisión de informes de pruebas diagnósticas.

TIPO DE PACIENTES	OBJETIVO DE TIEMPO MEDIO 2003
Pacientes ingresados	
Pacientes urgentes	
Pacientes ambulatorios	

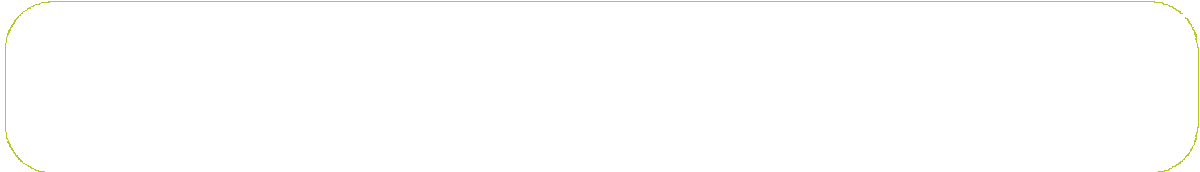
Las Unidades Clínicas Diagnósticas deberán incluir, entre otros aspectos, las demoras desde la solicitud de la prueba hasta la remisión del informe al servicio clínico que la solicitó.

13. Colaboración con otros niveles asistenciales

La Unidad establecerá Acuerdos de Cooperación con los Distritos de Atención Primaria para los que es referente tal y como se establece en el Contrato Programa de Hospitales periodo 2001-2004 en aquellos aspectos que le sean de aplicación. Estos Acuerdos deberán incorporarse al documento global que firme la Dirección Gerencia del Hospital con las Direcciones de los Distritos.

La Unidad asegurará que todos los informes de alta de hospitalización y consultas lleven adjunto el plan o el informe de continuidad de cuidados al alta con los criterios mínimos establecidos en el acuerdo de colaboración entre el Hospital y el Distrito.

ACUERDOS CON ATENCIÓN PRIMARIA Y/O OTROS NIVELES ASISTENCIALES



14. Recursos humanos

14.1 El Mapa de Competencias de la Unidad

En base a la Cartera de Servicios y al catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias autorizadas se establecerá el mapa de competencias de la Unidad Clínica.

En él constará el personal autorizado para las distintas actividades asistenciales según categoría profesional, experiencia, formación específica, conocimiento, habilidades y actitudes.

MAPA DE COMPETENCIAS DE LA UNIDAD

--

14.2 Gestión del personal de acuerdo a las necesidades

La Unidad deberá contar con los recursos de personal necesarios.

El Director de la Unidad determinará, en base al mapa de competencias definido, el personal que va ser contratado de forma temporal y participará en su selección mediante los procedimientos regulados al efecto, de modo que se puedan atender a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias, prestando los servicios en el momento adecuado de manera directa o a través de consultorías con Atención Primaria o con proveedores externos.

Igualmente, el Director de la Unidad valorará, en base al mapa de competencias, el personal de enfermería que solicita un traslado interno desde otro servicio del Centro a la Unidad, con objeto de garantizar la cualificación y la competencia del conjunto del equipo.

14.3 Absentismo laboral

La Unidad pondrá especial énfasis en la reducción del absentismo laboral.

GRUPO PROFESIONAL	% ABSENTISMO POR ENFERMEDAD COMÚN 2002	OBJETIVO DE % ABSENTISMO POR ENFERMEDAD COMÚN 2003
Facultativos		
Enfermeras/Matronas		
Auxiliares de enfermería		
Técnicos		
Administrativos		
Auxiliares administrativos		
Celadores		
Otros		

15. Formación e investigación

15.1 Programa de orientación inicial

La Unidad deberá definir un programa de orientación inicial para los profesionales de nueva incorporación en el que se incluirá información y formación respecto al desempeño de las distintas categorías profesionales.

15.2 Programa de formación continua y desarrollo profesional individualizado

De la evaluación continuada del desempeño de todo el personal, y de acuerdo con el mapa de competencias, se concretarán las actividades de formación dentro o fuera del Centro, estimulando especialmente la interacción formal e informal con iguales de otros Centros.

PROGRAMA DE FORMACIÓN 2003 (INTERNA Y EXTERNA)

15.3 Docencia

Cuando la Unidad Clínica imparta docencia pregraduada y de formación de Residentes deberá tener definido un programa de acogida y de formación a los alumnos .

ORGANIZACIÓN DE LA DOCENCIA: PREGRADO (MEDICINA, ENFERMERÍA...), RESIDENTES, Nº DE ALUMNOS, Nº DE PROFESIONALES QUE PARTICIPAN, RESPONSABLES.

15.4 Proyectos de investigación y publicaciones

La Unidad deberá tener definidas las áreas de investigación teniendo en cuenta el Plan Marco de Investigación de Andalucía y las necesidades de la población a la que atiende.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

EN DESARROLLO / EN PROYECTO

La publicación de los trabajos de investigación hará referencia al Centro donde se ha desarrollado la investigación y deberá incrementar el factor de impacto de sus publicaciones.

16. Sistemas de información

La historia de salud es el instrumento por el que se identifica al paciente, se apoya el diagnóstico, se justifica el tratamiento y los cuidados, se documenta el progreso y los resultados.

La gestión de la información debe permitir el uso de los datos y de la información específica del paciente para facilitar su asistencia, servir de registro legal, ayudar a la investigación clínica, apoyar los análisis de decisión y servir como guía para la mejora de la actuación profesional y de la organización.

La Unidad analizará sus necesidades de información más allá de las que le sean requeridas por el Centro como al resto de las Unidades y Servicios e incorporará los sistemas que le permitan la recogida de datos relativos al desarrollo de los procesos en los que interviene y de los resultados asistenciales de los mismos.

Se incorporará a la historia clínica y se cumplimentará durante la hospitalización la "Hoja de Ayuda a la Codificación Clínica" para mejorar la calidad y exhaustividad del CMBDA.

El Informe de alta será cumplimentado siguiendo las normas dictadas por el Centro y estarán disponible para poder disponer del CMBDA como máximo a los 15 días tras el alta del paciente y deberá incluir el Plan de Cuidados.

La confidencialidad y seguridad de los datos y de la información estarán garantizados por procedimientos regulados y escritos y la información estará disponible para el personal autorizado y con las garantías referidas para otros servicios del Centro y para otros niveles asistenciales.

La Unidad garantizará que las historias clínicas estén completas, sean legibles y que estén cumplimentados todos los apartados necesarios. Entre estos últimos se incluirá necesariamente un dossier de enfermería que documente las distintas fases del proceso enfermero, la valoración de las necesidades psicosociales del paciente según su edad, la existencia y la calidad de las instrucciones de alta al paciente o a su familia y los resultados de la autopsia cuando esta se lleve a cabo.

17. Promoción del uso correcto del medicamento

Es un objetivo básico y prioritario de la organización sanitaria el uso racional del medicamento. Por ello, la Unidad deberá poner especial énfasis en tomar las medidas necesarias tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces y eficientes.

17.1 Recetas por consulta

Los facultativos de la Unidad extenderán las correspondientes recetas oficiales cada vez que realicen una prescripción de medicamentos a pacientes no ingresados, dadas las molestias que la no cumplimentación de la receta supone para los pacientes.(Circular 6/96 del Servicio Andaluz de Salud).

17.2 Prescripción por "principio activo"

Los facultativos de la Unidad tenderán a aumentar el porcentaje de prescripción por "principio activo" con respecto al año 2002 y siempre teniendo en cuenta el valor mínimo establecido en Contrato Programa (2001-2004).

17.3 No-prescripción de novedades terapéuticas (NT) de las que no exista suficiente experiencia clínica o no aporten ninguna ventaja sobre las existentes

Los facultativos de la Unidad disminuirán el porcentaje de prescripción de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica con respecto al año 2002 y siempre teniendo en cuenta el valor establecido en Contrato Programa (2001-2004).

INDICADOR	AÑO 2001	AÑO 2002	OBJETIVO AÑO 2003
% de recetas prescritas por "principio activo"			
% de recetas por consulta			
% de envases de NT prescritos con respecto al total de envases prescritos			

18. Acuerdo sobre consumo de recursos

La Unidad pactará con la Dirección del hospital los gastos en sustituciones de personal, farmacia interna y de pacientes externos, fungibles de alto coste y prótesis quirúrgicas.

Al cierre del ejercicio y siguiendo el Centro realizará una valoración de los resultados.

PACTO DE CONSUMOS	HISTÓRICO 2001	HISTÓRICO 2002	OBJETIVO AÑO 2003
Sustituciones	€	€	€
Farmacia	€	€	€
Fungible de alto coste	€	€	€
Prótesis quirúrgicas	€	€	€

Las Unidades Clínicas Diagnósticas incorporarán las Unidades Relativas de Valor para la evaluación de su actividad.

19. Criterios para la asignación de incentivos

19.1 Incentivos económicos individuales

Cada Unidad dispondrá de una bolsa inicial y máxima de incentivos (que incluye el complemento de rendimiento profesional) cuya cuantía vendrá determinada por el número y categorías de los profesionales que la constituyen.

Médicos (excluidos MIR)	6.000 €
Enfermeras / Matronas	3.306 €
Técnicos	2.300 €
Auxiliares de enfermería	1.953 €
Administrativos	2.100 €
Auxiliares administrativos	1.503 €
Celadores	1.202 €

Esta cuantía se modificará, en su caso, por:

La evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.

La valoración global del cumplimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión deberá ser superior al 60%. Cumplimientos inferiores supondrá que los miembros de la Unidad no percibirán los incentivos ligados a este Acuerdo, sin menoscabo de que el complemento de rendimiento profesional pueda percibirse, en su caso, según los objetivos y la evaluación que se establezca.

La evaluación de los objetivos del Contrato Programa del hospital podrá modular la bolsa a percibir por la Unidad mediante la aplicación de un factor de corrección de entre 0,8 y 1,2 (reducción o incremento de hasta un 20 %).

19.2 Incentivos económicos (no retributivos) para la Unidad

La Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud aportarán adicionalmente un 15% de la cantidad global obtenida por el conjunto de la Unidad tras su evaluación y la del Hospital. Esta cantidad se destinará para la dotación de recursos - no equipamiento - y para mejorar el desarrollo profesional del equipo.

A propuesta del Director de la Unidad y con conocimiento del equipo se establecerán las prioridades, que abarcarán desde la compra de equipos informáticos, licencias de programas informáticos, acceso a Internet, publicaciones, libros de consulta, ayudas para actividades de formación (con o sin sustituciones), reciclajes, etc.

19.3 Procedimiento para la distribución interna de los incentivos

Tras la evaluación de la Unidad, el Director Gerente valorará y asignará la cuantía correspondiente a los Directores de las Unidades de su centro.

Los Directores de las Unidades valorarán a todos y cada uno de los miembros en función de su contribución a los resultados de las mismas y propondrán al Director Gerente del hospital la asignación a cada uno de ellos. En ningún caso la distribución interna será lineal, ni por persona ni por categoría profesional.

A petición expresa del Director de la Unidad y con el visto bueno del Director Gerente del hospital podrán asignarse incentivos económicos individuales a otros profesionales ajenos a la UGC, por su especial contribución al logro de los objetivos de ésta. La cantidad máxima a asignar será el 2% de la bolsa conseguida por la Unidad. Esta cantidad será aportada adicionalmente por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

19.4 Ponderación de los objetivos

En Anexo aparte se describe la metodología para la evaluación del Acuerdo de Gestión y la ponderación de los diferentes apartados.

Dada la variabilidad de los objetivos en función del tipo de Unidad, cada unas de ellas cumplimentará los enunciados de los objetivos y construirá la función de valor correspondiente siguiendo las instrucciones que se describen en dicho anexo.

20. Envío de evaluación del acuerdo de gestión a la dirección general de asistencia sanitaria

Se enviará, a esta Dirección General de Asistencia Sanitaria, el referido Anexo totalmente cumplimentado, junto con los informes que se solicitan en cada objetivo, antes del 31 marzo de 2004. Así mismo se adjuntará la propuesta de acuerdo de gestión correspondiente al periodo 2004.

La Dirección Gerencia certificará los resultados obtenidos firmando su junto con el responsable de la Unidad.

La fiabilidad y validez de los datos ligados a incentivos se evaluará sistemáticamente por procedimientos y/o auditorías externas a las Unidades.

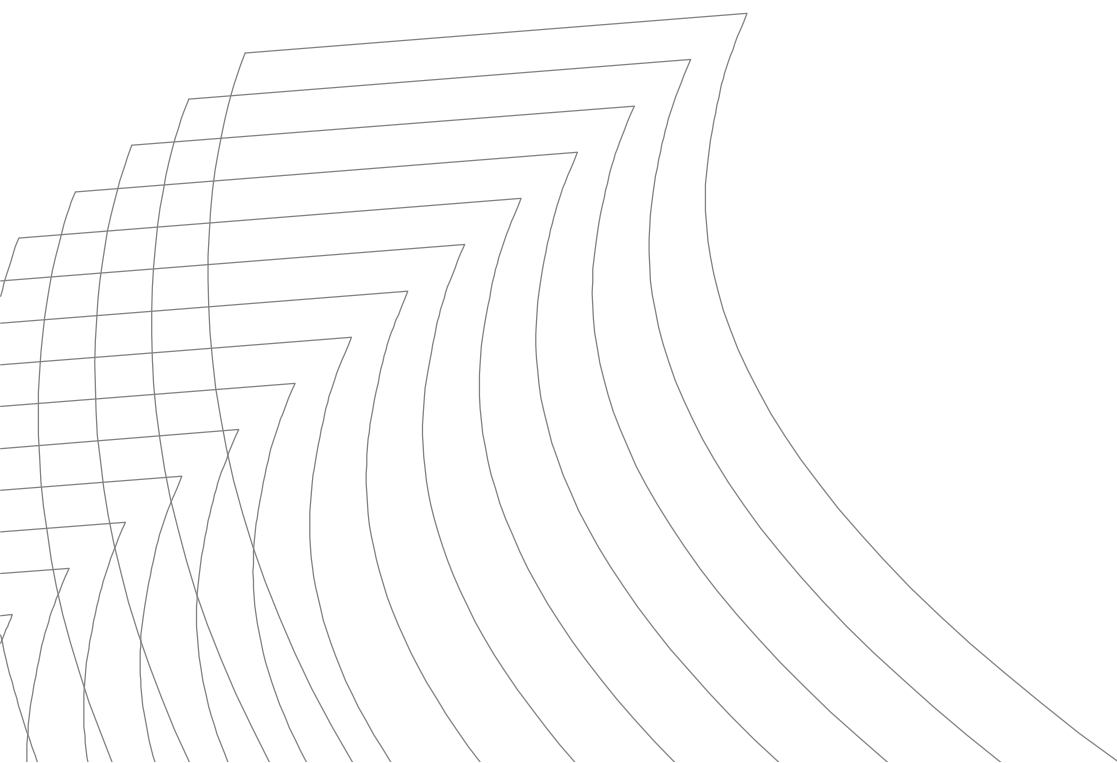
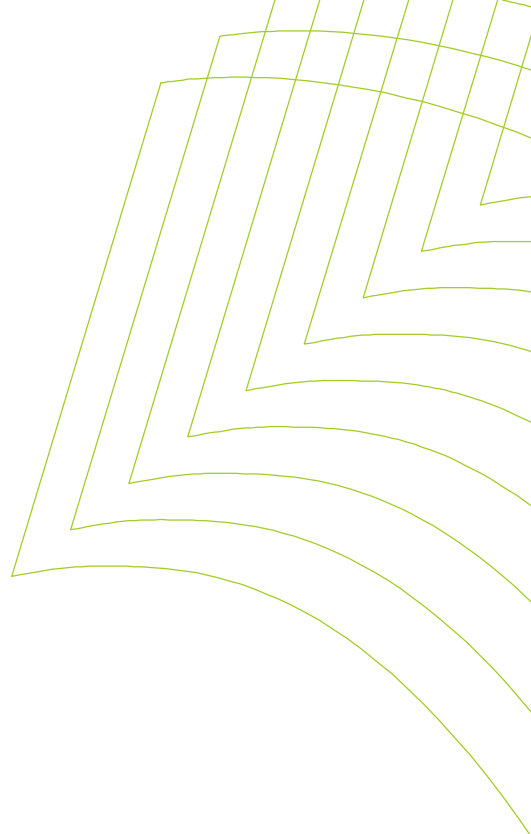
La detección de incongruencias entre los datos remitidos y los obtenidos en las auditorías penalizarán sobre los incentivos asignados a la variable afectada en una cuantía doble al error determinado.

Todas las actuaciones deberán quedar reflejadas en la historia clínica, incluidas todas las relativas a las distintas fases del proceso de enfermería.



Anexo 21

Medidas específicas en el área quirúrgica



Objetivos individualizados por hospital en las siguientes áreas:

- A. Indicaciones quirúrgicas
- B. Aplicación para la Gestión de la Demanda
- C. Programación quirúrgica
- D. Autoconciertos y Equipos Móviles

En Sevilla a 26 de febrero de 2003